



6630 S McCarran Blvd, Ste A6
Reno, NV 89509
Phone (775) 828-2866 Fax (775) 828-2891

Por favor complete la siguiente informacion confidencial, para darle el mejor tratamiento.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codico Postal: _____

Telefono de casa: _____ Telefono adicional: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Doctor que lo referio: _____

Empleador: _____

(si el paciente es un menor: empleador de los padres)

Nombre de esposo(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Contacto de Emergencia: _____

Telefono: _____

Aseguranza Principal: _____

Nombre del Asegurado: _____

Numero de Indentificacion: _____

CONSENTIMIENTO PARA EXAMINAR Y DAR TRATAMIENTO

Una evaluacion fisica complete es importante para determinar su condicion y tratamiento apropiado. Durante esta evaluacion, le vamos a pedir que realice diferentes movimientos. Nos gustaria que cooperaras los mas que pueda.

Firma de Paciente

Fecha