

Quien lo refirio a nosotros? Radio Television Paginas amarillas Anuncio de la clinic Aseguranza
 Familia _____ Amigo _____ Paciente anterior Periodico
 Colega _____ Dr. _____ Cartelera _____

Información Personal **Fecha de Hoy:** ____ / ____ / 200__

Nombre _____ Apellido: _____ Sexo: M / F
Direccion _____ Apt # _____
Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____ Condado _____
Telefono: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____
Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
Edad: _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fax #: (____) _____ - _____
Licencia de Conducir #: _____ Estado: _____ Correo Electronico _____
Nombre del esposo/a _____ Hijos: (Nombres y Edades): _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Numero de telefono (____) _____ - _____
Dirección: _____ Relación: Espos/a Pariente Amigo Otro _____

Informacion de Trabajo – Descripcion de su trabajo JUBILADO DISABILITADO DESEMPLEADO

Nombre de la Empresa: _____ Posición: _____
Dirección : _____ Nombre de su Supervisor: _____
Telefono: (____) _____ - _____ Tipo de Trabajo: _____ Trabaja: __ hrs/dia o __ por semana
Clasificacion de su trabajo: Sedentario (<5lbs) Leve (5-20lbs) Moderado (20-50lbs) Pesado (>50 lbs)
Frecuencia con la cual levanta peso: Constante (67-100%/day) Frecuente (33-66%/day) Ocasionalmente (0-32%/day)

Informacion de Aseguranza

Quien es responsable por su cuenta? USTED y ? (señale la cajita adecuada) Solamente YO Esposa
 Compensacion Laboral Aseguranza de auto Medpay claim Medicare Medicaid Otro _____
Portador de su aseguranza de Salud: _____ Numero de ID #: _____
Nombre del Asegurado: _____ Numero de Grupo # _____
Seguro Social del Asegurado #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____
Medico Primario: _____ No. de Acceso de Medicaid _____

Lesion de Compensacion Laboral, Lesion Personal, Accidente Automovilistico

Ha iniciado un reclamo de compensacion laboral o con su aseguranza automovilistica? Si No
Portador de Seguro? _____ Poliza# _____
Telefono de la aseguranza#: (____) _____ - _____ Ajustador: _____
Numero de Reclamo# _____ Fecha: ____ / ____ / ____ hora ____ am/pm

Condicion Actual de Salud Nueva → Aguda Repetitiva Exacerbada or Cronica

Sintomas por la cual esta buscando tratamiento: _____

Cuando le comenzaron los sintomas(Fecha)? _____

Ha ocurrido antes? SI No Cuando? _____ Usando las claves/letras de abajo, indique el tipo y localizacion de sus molestias en estos momentos

Cual es la causa de su lesion?: Accidente Automovilistico Key: A=Dolor B=Ardor N = Adormecimiento
 Accidente en el Trabajo Lesion en el Hogar P= Piquetes S=Punzadas / Enerte

Resbalon/Caida Levantando peso Durmio en mala posicion

Uso Repetitivo Causa Desconocida

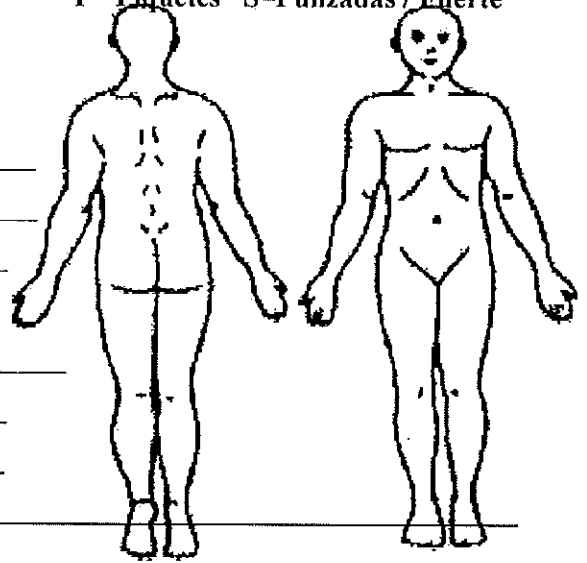
Explique: _____

Tratamiento anterior para esta condicion (otros doctores) incluyendo

Medicinas: Quien? Cuando? Doctores? _____

Tipo de Tratamiento: _____

Explique: _____



Lugar de los sintomas: Izquierdo/ Derecho/ Ambos

Calidad del dolor: Ardor Difuso Adolorido Localizado Agudo Disparado
 Punzante Pulsante Endurecimiento Hormigueo Otra _____

Severidad del dolor: (con movimiento) 10 Peor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Duracion de sintomas: _____ dia(s) _____ semana(s) _____ mes(es) _____ año(s) otro _____

Intensidad: Leve Leve/Moderado Moderado Moderado/Severo Severo

Hora: Mejor: Mañana Tarde Noche

Peor: Mañana Tarde Noche

Sintomas mejoran con: nada ayuda actividad doblar compresas frias compresas calientes
 masaje movimientos Medicinas caminar reposo
 estiramiento sentarse estar de pie retorcerse medicina con receta

Sintomas empeoran : nada ayuda actividad doblar compresas frias compresas calientes
 masaje movimientos Medicinas caminar reposo
 estiramiento sentarse estar de pie retorcerse medicina con receta

Quejas secundarias (otros signos o sintomas asociados):

dolor de cabeza ardor extremidades frias dificultad al caminar vertigo mareo fatiga cronica
 Infamacion piquetes nariz mucosa falta de aire sudor consquilleo vomito articulacion entumidas
 panico nausea piel palida acidez problemas al dormir deprecion debilidad muscular

HISTORIA MEDICA PREVIA

Tratamiento Quiropractico Previo: No he recibido tratamiento quiropractico antes

Nombre del Doctor: _____ Ciudad?: _____ Fecha de su ultima visita: _____

Estuvo satisfecho con su tratamiento? SI NO. Porque? _____

Historia Social: Marque todas las que correspondan

Tabaco: No uso tabaco No fumo cigarillos, tabacos o pipa Cohabito con un fumador/ra Deje de Fumar

Fumo # _____ al Dia Seman Mes; Mastico: # _____ latas al Dia Semana Año

Lesion(es): Marque las lesiones que ha sufrido y la fecha.

Lesion de Espalda Fracturas de los Huesos caidas (graves) Fracturas

Incapacidad (es) Lesiones en la cabeza perdida del conocimiento Lesion en las articulaciones

laceraciones (graves) Accidentes de auto Lesion del tejido blando otro:

Mujeres solamente:: Marque todo lo que aplique

YO : Estoy Embarazada NO estoy Embarazada No estoy segura

Historial previo de embarazo: Cesarea Parto Vaginal Perdida/Aborto Natural

Cirugias: Liste todas las cirugias que ha tenido y la fecha.

Medicinas que esta tomando actualmente(s):

Medicina	Dosis	Para que la toma?	Hace cuanto esta tomando esta medicina?

Enfermedades de Adulto e Infantiles Note toda las enfermedades que ha tenido en su vida adulta.

Interferencia de su trabajo debido a su queja principal:

Leve Moderado Mod/Sev Limited Duty Severo No Limited Duty Severo (can't do limited duty)

Actividades Diarias: Interferencia debido a su

Doblarse	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cuidado de familia	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cargado Compras	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cambiar de posicion	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Subiendo escaleras	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Manejar	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Usar computadora:	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Comer	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Labores Caseras	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Arrodillarse	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cargar a los niños	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Levantar Peso	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cuidado de las mascotas	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Concentracion	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cuidado de su higiene	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Vestirse	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Afeitarse	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Con su sueño	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer

El estar sentado: No Molesta Leve (Puede hacer) Moderada Doloroso (Limitado) Severo Incapaz de hacer
 El estar de Pie: No Molesta Leve (Puede hacer) Moderada Doloroso (Limitado) Severo Incapaz de hacer
 Caminar No Molesta Leve (Puede hacer) Moderada Doloroso (Limitado) Severo Incapaz de hacer
 Jardineria No Molesta Leve (Puede hacer) Moderada Doloroso (Limitado) Severo Incapaz de hacer

Cuanto le afecta su condicion actual en sus pasatiempos

_____ No Molesta Leve (Puede hacer) Moderada Doloroso (Limitado) Severo Incapaz de hacer
 _____ No Molesta Leve (Puede hacer) Moderada Doloroso (Limitado) Severo Incapaz de hacer

Los siguientes es una lista de sintomas que a lo mayor no crea que estan relacionados a la razon por la cual vino a nuestra consulta, sin embargo ha de contestar las preguntas detalladamente ya que los problemas pueden afectar su tratamiento.

Constitucional: NUNCA he tenido ninguno de los siguientes problemas

escalofrios nauseas durante el dia fatiga fiebre sudores nocturnos
 aumento de peso perdida de peso otro:

Ojos/Vision NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados.

Ceguera Vision Borrosa Cataratas Cambio de vision vision doble
 Dolor de ojo field cuts glaucoma rasquiña fotofobia
 lagrimeo lentes lentes de contacto otro:

Oidos, Nariz y Garganta NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

sangramiento dentadura Postiza dificultad al tragar descargas mareos
 drenaje del oido dolor de oido desmayos Dolores de garganta frecuentes Dolores de Cabeza
perdidade la audicion Lesiones en la cabeza ronco perdida de sentido de olores congestion nas
 sangramiento de nariz descarga postnasal Nariz mucosa Sinusitis ronquidos
 dolor de garganta tinnitus Problemas con la articulacion TemporoMandibular

Respiracion: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

asma Tos Toser sangre Falta de aire produccion de flema
 resoplido otror:

Cardiovascular: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

angina (dolor en el pecho) Dolor en el pecho Dolor en las piernas
 soplo en el Corazon problemas del corazon presion alta
 Presion baja Dificultad para respirar cuando esta acostado. palpitaciones
 Se despierta en la noche con dificultad para respirar. (nocturnal dyspnea) Dificultad al respirar durante actividades / Ejercicio Venas Varicosas
 Inflamacion de las piernas ulceras otro:

Gastrointestinal: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

Dolor Abdominal Erutos feces negras constipacion diarrea
 Dificultad al tragar Acidez hemorroides indigestion Billirubina
 nausea sangramiento rectal Tamano anormal De sus feces Color anormal de sus feces consitencia anormal de sus
 vomito Vomitar sangres other:

Mujeres NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

Anticonceptivos Nudos/quistes en los senos Ardor al orinar Colicos Orina demasiado frecuente
 Terapia hormonal Menstruacion Iregular Embarazo Retencion Urina Sangramiento Vaginal

Hombres: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- Ardor al Orinar ereccion disfuncional Orina demasiado frecuente problemas al orinar orina por gotitas

Endocrino: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- Intolerancia al frio diabetes Apetito excesivo Demasiada hambre demasiada sed
 Orina demasiado frecuente bocio perdida de cabello Intolerancia al Carlor crecimiento poco comun de Cabello (vellos)
 Cambio de voz tyroide grande

Piel: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- cambios en la textura de mis unas cambios en el color de la piel crecimiento de vello perdida de cabello Urticaria
 Desordenes de la piel raquina / piquina paresthesias sarpudillo varicosas

Sistema Nervioso: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- mareo debilidad facial dolor de cabeza debilidad en sus extremida perdida de conoci-Miento
 Perdida de memoria Adormecimi-ento convulsion nes molestias al dormir discurso incoherente (slurred speech)
 tension Apoplejia (stroke) tremor falta de equilibrio perdida de balance

Psycologico: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- anhedonia ansiedad perdida o cambios en su apetito cambios en su conducta desorden bi-polar
 confusion convulsiones depression insomnia perdida de memoria
 cambio de humor

Alergias: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- anaphalaxis (alergico a las picadas de abejas) alergias a cierto: alimentos rasquina/ piquina congestion nasal rash
 Estornudos otro:

Hematological: NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- anemia sangramiento Cuagulos de sangre transfusion Sanguinea se amoretea facilmente
 fatiga inflamacion de las Gladulas linfaticas otro

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Date:** _____

Entiendo y concuerdo que esas politicas de las salud y el seguro contra accidentes son arreglo entre portador y yo mismo. Ademas, entiendo que Graybar Chiropractic, Inc. va a preparar algún informe o formas para ayudar me a hacer la colección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada a ser pagada a Graybar Chiropractic, Inc. sera acreditado a mi cuenta. Sin embargo, yo entiendo claramente y concuerdo que todos los servicios que se me rindieron y soy personalmente responsable del pago. Entiendo tambien que si suspendo o termino mi cuidado o el tratamiento, cualquier honorario para servicios profesionales que se me rindio sera inmediatamente debido y pagadero.

Yo por la presente autorizo a los medicos a tartar mi condición, como el cree apropiado por el uso de Graybar Chiropractic, Inc. Se entiende y es concordado que la cantidad pagada al medico para las radiografias es para el examen solamente, y los negativos de estas se quedaran en la propiedad de esta oficina; estaran en el archivo donde ellos se pueden ver en el tiempo mientras sea un paciente de esta clinica. Estoy enterado que la practica de la medicina y quiropractica no es una ciencia exacta y reconosco que ningunas garantias han sido hechas a mi en cuanto a los resultados del tratamiento. Entiendo tambien que hay riegos ligados con toda clase de procedimientos medicos y quiropracticos. Soy informado y endiendo los riegos asociados con el cuidado quiropractico y por la presente doy consentimiento al examen y el tratamiento que siguen a la consulta con los medicos.

Reconosco que recibido la informacion de las Practicas Privadas para el uso y publicacion de Informacion de Salud Protegida de Graybar Chiropractic and Rehab Centers.

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Graybar Chiropractic & Rehab Centers
Authrizacion del paciente para la informacion medica

Nombre del Paciente: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Liberacion de informacion:

Al firmar este formulario, usted está otorgando permiso a Graybar Quiropractica y centro de rehabilitacion para usar y revelar su informacion medica por propósitos informacion de salud a los efectos del tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Nuestro aviso de practicas privadas proporciona informacion más detallada de como podemos utilizar y divulgar esta informacion de salud protegida. Usted tiene el derecho legal de revisar nuestro aviso de practicas orivadas antes de fermar este consentimiento, y le animamos a que lo lea por complete.

El personal en el quiropractica posible que tenga que utilizar el nombre direccion, numero de telefono y sus registros clinicos en contacto con usted para recordatorios de citas o de otro tipo de informacion de salud que puedan ser de enteres para usted. Si este contacto se hace por telefono y usted no esta en casa de un mensaje sera dejado en su contestador automatic. Al firmar este formulario, usted nos esta dando authorizacion para que lo contactemos con el recordatorio y de informacion.

Nuestro Aviso de Practicas Privadas esta sujeto a cambios. Si Cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia de la notificacion revisada por telefono a nuestra oficina. Usted tiene el derecho de solicitar para restringir el uso y divulgar su informacion medica protegida para propósitos de tratamiento, pago o operaciones de atencion medica. No estamos obligados por ley a conceder su peticion. Sin embargo si decide concederle su peticion, estamos obligados por nuestros acuerdo.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, ecepto en la medida en que yah an utilizado o divulgado su informacion medica protegida en la dependencia en su consentimiento.

Medicare y Medicaid consentimiento para la liberacion de Informatcion:

Yo certifico que la informacion que me diero en la solicitud de pago bajo el Titulo xvii y lo el titulo XI de la ley del seguro social es corecta. Autorizo a cualquier poseedor do informacion medica o de otro tipo sobre mi, a comunicar a las Oficinas del Seguro Socialo de sus companias intermediarias, toda la informacion necesaria pra tal o reclamaciones con Medicaid O Medicare.

Por Lei presente authorizo la liberacion de mi informacion de salud: los datos se incluyen todos los registros inchuyendo rayos-x y los hallazgos diagnosticos.

De: Nombre de la clinica: _____ Para: Graybar Chiropractic Inc.
Direccion: _____ PO Box 15033
Ciudad, estado, codigo postal _____ Wilmington, NC 28408 Fax: 910-_____

Esta authorizacion sera valida para: _____ (que no exceda de uno ano). Yo certifico que esta authorizacion es de acceso libre, voluntariamente y sin coaccion. Entiendo que la informacion que se publicara puede incluir informacion acerca del abuso de drogas, abuso de alcohol, infeccion de VIH, SIDA, o relacionadas con SIDA, psicologicos, psiquiatrico, o impedimentos fisicos. Entiendo que la informacion que se pulicara esta protegido por las leyes estatles y federales y no puede volver a ser divulgada sin mi consentimiento por escrito, a menos disposicion en contrario del leyes estatales y federales. Entiendo que cualquier divulgacion de la informacion lleva consigo la posibilidad de una reauthorized la divulgacion y la informacion no puede estar protegido por las normas federales de confidencialidad. Entiendo que puedo revocar esta authorizacion en cualquier momento, except en la medida en que la accion ya ha sido adoptado en cumplimiento de la misma. He Recibido una copia de esta authorizacion para mis archwos..

Se require la firma aqui para liberacion de informacion medica: _____

Fecha: _____

Consentimiento para tratamiento:

Yo voluntariamente doy permiso para el cuidado, tratamiento y el desempeno dignostico del procedimiento vigente. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervision del medico a cargo y es la responsabilidad del personal para llevar acabo la instruccion fe tales dedicos.

Firma: _____ Fecha: _____ Firma _____ (guardian firma)

Tratamiento para un menor de edad require guardian firma del or del padre.

Testigo: _____ Fecha: _____ Registros medicos solo utilizan

Dato recibidos: _____ Iniciales: _____ Fech de envoi / fax _____ Iniciales _____

Formulario debe ser completado antes del paciente, padre o representantes personal firmen. Dar al paciente una copia de este documento firmado y autorizado para sus registros. Original a los registros medicos para su procesamiento.

Graybar Chiropractic & Rehab Centers

Patient Financial Responsibility Form – Medically Necessary vs. Clinically Appropriate

Dear Patient,

Because we are focused on your overall health and wellness, it is important to us that you understand the terms: “Medically Necessary” and “Clinically Appropriate.”

“Medically Necessary”: Is defined by your insurance carrier as treatment or service that is specific to your diagnosis and which your insurance company will pay for per your contract with them. The insurer only pays for chiropractic care that has a direct connection to documented improved function. There may be specific limits to your coverage or specific services that are not covered and this is also determined by your carrier.

“Clinically Appropriate”: For example, if you have a neck or lower back condition, your treatment plan may have to be extended beyond the insurance company’s standardized limitations in order to provide you with full pain relief. At some point later in your treatment, *we may not be able to document significant improvements in range of motion or other objective functional capacity measurements* as the insurers often require. Insurance companies often deny care at that point despite the fact that the treatment continues to manage, reduce or eliminate your pain. This is “clinically appropriate” for your circumstances, but may not be considered “medically necessary” by your insurance carrier.

Your insurance company makes the final determination on whether a service is medically necessary and will be covered by insurance.

Graybar Chiropractic & Rehab Centers has advised me that:

- 1.) Many insurance companies permit collection of payment for services directly from the patient if the patient requests the services and if the patient is informed, in advance, that the services are not covered or may be denied as not medically necessary; and
- 2.) It is ultimately my responsibility to pay for the services rendered in these offices.
- 3.) I understand it is my responsibility to confirm my coverage with my insurance carrier and that Graybar Chiropractic & Rehab Centers may verify such coverage as a courtesy to me, but that Graybar Chiropractic & Rehab Centers cannot be held responsible or liable for inaccurate information provided by my insurance carrier.

I acknowledge I have been informed of and accept the responsibility of being fully and personally responsible for all charges incurred for my care either not covered by my insurance carrier or that my carrier denies as not medically necessary.

My signature below acknowledges that I fully have read and understand the treatment options available to me with Graybar Chiropractic & Rehab Centers and would like to proceed with treatment.

Patient Name: _____

Patient Signature: _____ Today’s Date: _____

Witness Signature: _____ Today’s Date: _____

HIPAA Notice of Privacy Practices

Graybar Chiropractic & Rehab Centers

116 Norwood St Wallace, NC 28466
910-285-7222

2110 South 17th Street Wilmington, NC 28409
910-343-5250

610 Beaman Street Clinton, NC 28328 910-596-2222

For Office Use Only:

Signature below is acknowledgement that you have received/reviewed our **HIPAA Notice of our Privacy Practices.**

Patient
Name _____ Signature _____ Date _____

Representative Name: _____

Witness Signature _____ Date _____

We have built this practice on our reputation of patient satisfaction and trust. With this in mind, we would love the opportunity to share with your friends and family the care that we will extend to you in our offices.

Please check the boxes below which you feel comfortable with:

- Telling friends, family and/or other clients via phone or in person that you are at our office*
- Using of your name on a personal referral / reference board in our reception area*
- Using of your name in a testimonial reference manual*
- Allowing to send you a birthday card on your special day*
- Discussing your clinical success with other patients in the office*

Receiving text messages from our offices regard appointment notice
Please include your cell phone number _____ Carrier _____

Receiving email messages from our offices regard appointment notice
Please include your email address _____

Please do not disclose any personal information, diagnosis and/or treatment with anyone except: _____

Patient Signature _____
Date _____