INFORMACIÓN PERSONAL

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿**Le gustaría recibir mi boletín informativo gratuito por correo electrónico sobre mis próximas clases y consejos sobre el cuidado personal?

¿Está bien que le envíe un correo electrónico sobre cuestiones relacionadas con el cuidado de sus pagos?

¿Está bien dejar un mensaje con otra persona sobre problemas relacionados con la atención de sus pagos?

**Seguro:**

Si alguna vez utilizará un seguro para pagar sus tratamientos, firme esta casilla.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

Por favor, proporcione a mi compañía de seguros oa sus representantes toda la información que pueda tener sobre mi condición mientras está bajo su tratamiento u observación, incluidos los antecedentes físicos obtenidos, los hallazgos físicos, el diagnóstico y el pronóstico.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MISC. INFORMACIÓN::**

**Estado civil:** Soltero casado divorciado viudo¿Su condición es el resultado de una lesión laboral? Sí o No Accidente automovilístico: Sí o No Otra lesión: Sí o No

**INFORMACIÓN REFERENCIAL**

**Referido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono () \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

**Si tiene alguna emergencia, a quién nos comunicamos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

Se me ha presentado una copia del aviso de la Política de privacidad de Kicotan Acupuncture & Holistic Healing que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información según lo permitido por las leyes federales y estatales.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo de: Guadalupe Vanderhorst Rodriguez, L.Ac

**PRIVACY POLICY**

I have been presented with a copy of the Kicotan Acupuncture & Holistic Healing’s notice of Privacy Policy detailing how my information may be used and disclosed as permitted under federal and state law.

**Signature:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Witnessed by**: Guadalupe Vanderhorst Rodriguez, L.Ac