

INTAKE FORM/ FORMATO DE REGISTRO

PERSONAL INFO/INFORMACION PERSONAL

LAST NAME/APELLIDOS: _____

FIRST AND MIDDLE NAME/ NOMBRES: _____

C.C/C.E/T.I: _____

DATE & PLACE OR BIRTH/FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____

HOME ADDRESS/DIRECCIÓN: _____

HOME PHONE/TELÉFONO HOGAR: _____

WORK PHONE/TELÉFONO OFICINA: _____

CELL PHONE/CELULAR: _____

NAME AND PHONE EMERGENCY CONTACT/NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

EMPLOYER/EMPLEADOR: _____

ADDRESS/DIRECCIÓN: _____

WHO REFERRED YOU TO US/HOW DID YOU HEAR ABOUT US?/QUIEN LO REFIRIÓ/COMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? _____

I agree, I'm 100% responsible for the cost of my treatment/Yo, acepto que soy 100% responsable del costo de mi tratamiento

I've received and read the consent forms and I agree to the terms in them/Yo, he recibido y leído los formatos de consentimiento informado y acepto cumplir con lo estipulado en ellos.

SIGNATURE/FIRMA(original firmado): _____