

# **SIEGEL CHIROPRACTIC, L.L.C.**

Bennett E. Siegel, B.S., D.C.  
16 Brick Walk Lane, Unit 2  
Farmington, CT 06032  
(860) 674-1992

Apreciado/a \_\_\_\_\_,

Bienvenido a Siegel Chiropractic, L.L.C.! Permítame agradecerle sinceramente por seleccionarme como su quiropráctico personal de familia. Estoy seguro de que al igual que millones de personas alrededor del mundo, encontraras que el tratamiento quiropráctico es un método excelente y muy beneficioso para lograr obtener una mejor salud y más energía. Todos estamos dedicados a proveerle el mejor cuidado posible. Por favor, no desista de llamar a la oficina si tiene alguna pregunta o si necesita nuestra ayuda de alguna manera. Responderemos lo mas pronto posible.

Ya que ha programado sus primeras citas con nosotros, queremos dirigir su atención a las preguntas que se hacen con mas frecuencia: ¿Cuál es el costo? Que tal de cobertura de seguro? ¿Dónde se encuentra la oficina?

Su primera cita, su examen como nuevo paciente, esta programado para \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ am/pm. La cita dura aproximadamente 45 minutos. Incluye un examen cuidadoso de su historial de salud y un examen quiropráctico. El precio es de \$325.00, cubre el examen de historial de salud y consulta. El costo de los ajustes quiroprácticos y cualquier suplemento necesitado se determinara durante el examen. Este servicio ha de ser pagado durante esta visita. Si tiene alguna radiografía o pruebas de laboratorio recientes, puede traerlo ya que muchas veces resulta beneficioso.

Su cita para seguimiento esta programado para \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ am/pm. Esta cita dura 30 minutos. Repasare con usted los resultados de su examen inicial y le explicare cual es el tratamiento y horario mas beneficioso para usted. Recibirá tratamiento después de la explicación. El informe de los resultados esta incluido en el costo de su examen inicial, sin embargo hay un costo adicional por cualquier ajuste, suplemento, etc.

Si por alguna razón usted no puede cumplir con su cita, se requiere notificación de cancelación 24 horas antes de su cita. Si no lo notifica, recibirá un cobro de \$50.00 por perder la cita.

Hemos incluido un formulario del historial de su salud para que lo llene y lo traiga con usted el día de la primera cita. También incluido esta la dirección de cómo llegar a nuestra oficina.

Deseamos agradecerle a la persona que lo refirió a nuestra oficina y esperamos poder agradecerle en el futuro a usted también por referir a alguien a nuestra oficina.

Consideramos que cada paciente nuevo que aceptamos, desde los infantes hasta las personas de mayor edad, merecen el mejor cuidado de salud que la Quiropráctica pueda ofrecer y esperamos con ansias poder ayudarlo en el camino a la recuperación lo mas pronto posible.

Sinceramente,

Bennett E. Siegel, D.C.

**SIEGEL CHIROPRACTIC, L.L.C.**

Bennett E. Siegel, B.S., D.C.  
 16 Brick Walk Lane, Unit 2  
 Farmington, CT 06032  
 (860)674-1992

FECHA

**HISTORIAL DE SALUD**

(Escriba con letra de imprenta)

Se debe su visita a algún accidente de auto o alguna herida relacionado con el trabajo?

[ ] Sí [ ] No

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: M F Estado Civil: S C D V

Numero de Hijos \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleo ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

La siguiente sección es pertinente a su cónyuge, o si es menor, a quien sea responsable:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Teléfono del Empleo( ) \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable por esta factura? \_\_\_\_\_

Hoy pagare de esta manera: [ ] En Efectivo [ ] Cheque [ ] Tarjeta de crédito

Nombre de su quiropráctico anterior \_\_\_\_\_ Teléfono( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Cuales fueron los resultados? \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo: Ajuste Quiropráctico \_\_\_\_\_ examen de la columna \_\_\_\_\_

Radiografía de la columna \_\_\_\_\_

Nombre de su Medico \_\_\_\_\_ Teléfono( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo: Examen Físico \_\_\_\_\_ Prueba de Sangre \_\_\_\_\_

Examen de orina \_\_\_\_\_ Radiografía del Pecho \_\_\_\_\_

Radiografía Dental \_\_\_\_\_

Fecha y Tipo de otras radiografías \_\_\_\_\_

Historial de Familia: Cáncer Corazón Diabetes Riñones Otro problema de salud

Madre [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Padre [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Hermanos (no de\_\_\_) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_



