



First State Physicians
Physical Medicine & Rehabilitation Center
Dr. Kevin J. McDermott, D.C.

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO CHIROPRACTICO

Yo, _____, autorizo y doy mi consentimiento para todos los tratamientos chiropracticos, incluyendo exámenes, diagnosticos, rayos x, y terapia fisica necesarios para mi, que son recomendados por el Doctor de First State Physicians. Tambien declaro que el dia de hoy no estoy embarazada.

 Firma

 Fecha

BENEFICIOS ASIGNADOS

Yo _____, autorizo los beneficios de seguro con

_____ (Nombre del Seguro), a First State Physicians por los servicios brindados hacia mi y cubiertos por los beneficios de este seguro. Y estoy de acuerdo con pagar mi parte de deducible o lo que sea mi responsabilidad.

 Firma

 Fecha

AVISO DE RECIBO DE PRIVACIDAD EN ESTA OFICINA

_____ He leido y entendido las provisiones alineadas en la carta de privacidad de esta oficina.

_____ He leido y entendido las provisiones alineadas en la carta de privacidad de esta oficina, pero deceo no firmas ciertas cosas explicadas en la siguiente linea:

(Objecion): _____

 Firma

 Fecha