

**Kirk E. Manson, DC-APC, CCIC**  
**aaahhChiroSpa, LLC**  
**717 Encino Pl. Suite 24    Albuquerque, NM 87102**  
**Phone: 505-884-0044    Fax: 505-881-7393**  
[www.aaahhchirospa.com](http://www.aaahhchirospa.com)

**Please Print Patient Information (Por favor imprimir información para el paciente)**

**Name (Nombre):** \_\_\_\_\_ **Date (Fecha):** \_\_\_\_\_  
**Date of Birth (Fecha de nacimiento):** \_\_\_\_\_ **Age (Edad):** \_\_\_\_\_ **Social Security # (Número de seguridad social):** \_\_\_\_\_  
**Email Address (Dirección de correo electrónico):** \_\_\_\_\_  
**Street Address (Dirección):** \_\_\_\_\_  
**City (Ciudad):** \_\_\_\_\_ **State (Estado):** \_\_\_\_\_ **Zip Code (Código postal):** \_\_\_\_\_  
**Primary Phone Number (Número de teléfono principal):** \_\_\_\_\_ **Type (Tipo):** \_\_\_\_\_  
**Secondary Phone Number (Número de teléfono secundario):** \_\_\_\_\_ **Type (Tipo):** \_\_\_\_\_  
**Would you like text message reminders? (¿Quieres avisos de mensaje de texto? )** Y\_\_ N\_\_  
**If yes, who is your phone carrier? (En caso afirmativo, ¿quiénes su portador?)** \_\_\_\_\_  
**Occupation (Ocupación) :** \_\_\_\_\_ **Employer (Empleado):** \_\_\_\_\_

**Sex (Sexo):** **Male (Masculino)**    **Female (Femenino)**    **Height (Altura):** \_\_\_\_\_ **Weight (Peso):** \_\_\_\_\_  
**Right Handed (Derecha):**    **Left Handed (Zurda):**  
**Are you (¿Usted está):**    **Married (Casado)**    **Single (Soltero)**    **Domestic Partnership (Parejas)**  
   **Divorced (Divorciado)**    **Separated (Apartado)**    **Widowed (Viudo/a)**  
**Spouses Name (Nombre del cónyuge):** \_\_\_\_\_ **Number of Children (Número de niños):** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Name (Nombre de contacto de emergencia):** \_\_\_\_\_  
**Relationship (Relación):** \_\_\_\_\_  
**Emergency Contact Phone Number (Teléfono de contacto emergencia):** \_\_\_\_\_  
**Primary Care Physician:** \_\_\_\_\_

**Please Fill Out Next Section As Applicable (Por favor llenar la sección a medida aplicable siguiente)**

**Name of Person Responsible for Payment (Nombre de la persona responsable del pago):** \_\_\_\_\_  
**Your Automobile Insurance (Seguro de automóvil):** \_\_\_\_\_  
**Claim Number (Número de reclamación):** \_\_\_\_\_ **Date of Accident (Fecha del accidente):** \_\_\_\_\_  
**Do You Have Med-Pay On Your Vehicle? (¿Tiene Med-Pay en su vehículo?)** **Yes (sí) :** \_\_\_ **No (no):** \_\_\_  
**Name of Attorney (Nombre de la abogado/a) :** \_\_\_\_\_ **Phone Number (Número de teléfono):** \_\_\_\_\_  
**Other Party's Insurance Carrier (Compañía de seguros de la parte contraria):** \_\_\_\_\_  
**Claim Number (Número de reclamación):** \_\_\_\_\_  
**Work Comp Insurer (Compensación de trabajo):** \_\_\_\_\_ **Claim Number (Número de reclamación):** \_\_\_\_\_  
**Your Health Insurance (Seguro de salud):** \_\_\_\_\_ **Policy Number (Número de póliza):** \_\_\_\_\_  
**Name of Policy holder, if other than you (Nombre del titular de la póliza, en caso que no sea usted):** \_\_\_\_\_  
**Other Insurance (Otros seguros):** \_\_\_\_\_ **Policy Number (Número de póliza):** \_\_\_\_\_

**Please Provide Insurance Card and Driver's License to be Copied (Proporcione tarjeta de seguro y la licencia de conducir que se copiarán)**

**How did you hear about us (Cómo se enteró de nosotros)?** \_\_\_\_\_

**Signatures (Firmas)**

**Name of Insured (Nombre del asegurado):** \_\_\_\_\_

I understand and agree that health/accident insurance policies are an arrangement between the insurance carrier and me. I understand and agree that all services rendered to me and charged are my personal responsibility for timely payment. I understand that if I suspend or terminate my care/treatment, any fees for professional services rendered to me will be immediately due and payable. (Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud / accidente son un acuerdo entre la compañía aseguradora y yo. Entiendo y

*acepto que todos los servicios prestados a mí y cargadas son mi responsabilidad personal por el pago puntual. Yo entiendo que si suspender o terminar mi cuidado / tratamiento, los honorarios por servicios profesionales prestados a mí será exigible y pagadero inmediatamente.)*

**Patient's Signature** (*Firma del paciente*): \_\_\_\_\_ **Date** (*Fecha*): \_\_\_\_\_

**Guardian's Signature** (*Firma del guardián*) : \_\_\_\_\_ **Date** (*Fecha*): \_\_\_\_\_