



Spennetta Family Care Chiropractic Clinic

Where our patients are treated like family!

6810 Watts Road • Madison, WI 53719 • (608) 273-BACK (2225)

Dr. James A. Spennetta, D.C.

CONSULTATION ADMITTANCE FORM

Date/Fecha	
Patient Name	Home Phone
Nombre del Paciente:	No. Telefono de casa:
Address	City/State/Zip
Direccion:	Ciudad/Estado/Codigo Postal
Age/Edad:	Birth Date/Fecha de Nacimiento:
Sex/Sexo (Circle/Encierre)	Male/Masculino or Female/Femenino
Marital Status (Circle)	M S W D No. of Children
Estado Marital (encierre)	Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) No. de Hijos:
Social Security No.:	Occupation:
No. de Seguro Social:	En que trabaja:
Employer:	Business Phone:
Empleador:	No. Telefonico del empleador:
Employer's Address	City/State/Zip
Direccion de Empleador	Ciudad/Estado/CodigoPostal
Spouse's Name	Occupation:
Nombre del Conyugue:	En que trabaja:
Employer/Empleador	Business Phone/ Tel. del Trabajo
Who may we thank for referring you?	
A quien le agradecemos por referirle?	
Who is responsible for this account?	Relationship
Quien sera responsable por la cuenta?	Relacion:
Payment is expected at time of visit. / Un Pago es requerido en esta visita.	
Method of payment you are using today? (Circle)	CASH CHECK CREDIT CARD
Que metodo de pago usara hoy? (encierre)	Efectivo Cheque Targeta de Credito

In case of an emergency, who should be notified?

Relationship

En caso de emergencia, a quien le notificamos?

Relacion

Contact Address

Contact Phone No.

Direccion de Contacto

No. Telefonico

Insurance Co./Seguro Medico	Effective Date/Efectivo
Policy No./No. de Polisa	Group No./No. de Grupo
Subscriber Name	Birth Date SS#
Nombre del Beneficiario Inscrito:	Fecha de Nacimiento #Seg/Soc.
Subscriber Address	City/State/Zip
Direccion del Inscrito	Ciud./Est./Cod.Post.
Relationship to Insured (Circle)	SELF SPOUSE CHILD OTHER
Relacion con el Inscrito (encierre)	YO ESPOSA(o) HIJO(a) OTRO

Have you had Chiropractic Treatment before? (Circle)	YES or NO
Ah recibido tratamiento con Quiropractico antes? (encierre)	SI o NO
Where?	When?
Donde?	Cuando?
X-rays? (Circle)	YES or NO
Radio-grafias?	SI o No



Spennetta Family Care Chiropractic Clinic

4410 Watts Road • Madison, WI 53719 • (609) 273-BACK (2225)

Where our patients are treated like family!

Dr. James A. Spennetta, D.C.

Patient Agreement

I, the undersigned, assign directly to DR. SPENNETTA all medical benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. This office will gladly prepare medical claim forms, however, services can not be rendered on the assumption that charges will be paid by my insurance company, I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by my insurance company, I also understand the free consultation with the Doctor is to determine whether I will benefit from Chiropractic care, necessary examination and/or x-rays will be recommended. The examination and/or x-rays are NOT part of the free consultation. In addition, I hereby authorize the Doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature, and any copy of this authorization, on all my insurance submissions. I have fully read and understand the above.

Acuerdo del Paciente

Yo, quien firmo, directamente asigno al Dr. SPENNETTA todos los beneficios medicos, si hay alguno, de lo contrario pagaderos a mi por los servicios recibidos. Esta oficina preparara en cortesia las formas de reclamos de pagos, como sea, por los servicios no se podra asumir que los cargos seran pagados por la compania de mi seguro medico. Yo comprendo que es mi responsabilidad pagar por todos los cargos que no sean cubiertos por la compania de seguros medicos. Yo tambien comprendo que en la consulta gratuita sera para determinar si sera de beneficio para mi el tratamiento de cuidado Quiropractico, sera recomendado realizar una evaluacion y/o radio-grafias. La evaluacion y/o las radio-grafias NO son parte de la consulta gratuita. En consecuencia, Yo autorizo al Doctor para que revele toda la informacion necesaria para asegurar los pagos del beneficio. Yo autorizo el uso de esta firma, y cualquier copia de esta autorizacion, en todos los formularios que se sometan a la compania de seguros medico. Yo he leido completamente y entendido lo arriba escrito.

Signature of Patient/Guardian:
Firma del Paciente o Representante

Date/Fecha _____