

COORDINATION OF CARE

Check here if you do not have a primary care physician or family doctor.

Family Doctor Information:

Provider: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Telephone #: _____

This information will be used to help coordinate information between our clinic and your primary care physician/family doctor. We want to insure that you have the most complete health care available.

By signing below you authorize Allendale Chiropractic Clinic to share health care information with the doctor/physician/establishment, listed above. This will only be for the purpose of coordinating care.

Print Name: _____

Signature: _____

Date: ____/____/____

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Marque aquí si usted no tiene un médico de atención primaria o médico de familia.

Información del Médico de su Familia:

Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono #: _____

Esta información será usada para ayudar a coordinar la información entre la clínica y el médico de atención primaria o médico de familia. Queremos asegurar que usted tiene la más completa atención médica disponible.

Al firmar abajo usted autoriza a Allendale Chiropractic Clinic para compartir la información de salud con su doctor/médico/establecimiento, mencionadas anteriormente. Esto sólo será para la coordinación de su cuidado.

Nombre en Imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____