



2121 W. Indian School Road, Phoenix, AZ 85015  
 Phone: (602) 241-9105 Fax: (602) 241-9104

**Patient Demographic Form**

Please complete all boxes and give to the receptionist.

Date: \_\_\_\_\_

Favor de completar y entregar a los recepcionistas.

Name/Primer Nombre		Last/ Apellido	Guardian Cell Phone/ Celular del Guardian
Address/ Domicilio			Cell Phone/ Celular
City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código	Home Phone/ Teléfono de casa
D.O.B./ Fecha de Nacimiento MES: _____ /DIA: _____ /AÑO: _____		Age/ Edad	

**THE FOLLOWING PEOPLE ARE AUTHORIZED TO RECEIVE MY MEDICAL INFORMATION AND CONTACTED IN CASE OF AN EMERGENCY. LAS SIGUIENTES PERSONA ESTAN AUTORIZADAS PARA RECIBIR MI INFORMACION MEDICA Y SER CONTACTADOS EN CASO DE EMERGENCIA.**

Name/Nombre	Phone/Teléfono

**CONSENT FOR TREATMENT**

I hereby give my consent for treatment for the patient indicated above. I have received **HIPAA** information regarding the privacy policies of my protected health records. I accept that all the charges made will be paid at the time of service and accept that if I do not pay, the clinic can send the account to a collection agency and I will be responsible for all additional charges. I agree to wait in office for **15 minutes** after receiving injections.

Por medio de la presente doy mi aprobación para ser atendido de la forma que sea necesaria. He recibido información **HIPAA** sobre privacidad de mi información médica protegida. Acepto pagar todos los cargos en el momento en que se cobren; acepto que, si no pago, la clínica puede mandar la cuenta a una agencia de colecciones y yo seré responsable de todos los cargos adicionales. Yo, acepto esperar **15 minutos** en la oficina después de recibir inyecciones.

**Sign/Firma** (En caso de ser menor de edad firme Padre, madre o guardián)

**Date/Fecha**

X \_\_\_\_\_

**INFORMED CONSENT FOR PATIENT TREATMENT RECEIVED BY PRECEPTEE(S)**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE RECIBIDO POR EL / LOS PRECEPTADO (S)

Patients may receive treatment from an UNLICENSED graduate of a Board approved school of Naturopathic Medicine who is certified by the Board to engage in preceptorship training referred to as a "PRECEPTEE". A PRECEPTEE SHALL use the designation after any of the following designations, Doctor of Naturopathic Medicine, N.M.D., Doctor of Naturopathy, N.D. Naturopath, Naturopathic Physician, or Naturopathic Medical Doctor.

A PRECEPTEE IS ONE WHO IS UNDERGOING TRAINING AND IS NOT LICENSED, BUT IS SUPERVISED BY A LICENSED PHYSICIAN

Los pacientes pueden recibir el tratamiento de un graduado NO LICENCIADO de una escuela aprobada por la Junta de Medicina Naturopática, quien está certificado por la Junta para participar en la formación de preceptoría conocida como "PRECEPTEE". UN PRECEPTADO DEBERÁ utilizar la designación después de cualquiera de las siguientes designaciones: Doctor en Medicina Naturopática, NMD, Doctor en Naturopatía, Naturópata, o Médico Naturopático. UN PRECEPTADO ES ALGUIEN QUE ESTÁ BAJO ENTRENAMIENTO, NO ES LICENCIADO, PERO ESTÁ SIENDO SUPERVISADO POR UN MÉDICO LICENCIADO.

I, \_\_\_\_\_, hereby understand that a PRECEPTEE is *not* licensed and further consent to receiving treatment by the following PRECEPTEE(S): TIFFANY YORK, who work under the supervision of Dr. PARABATIE MISIR NMD, Dr. JANETH RUIZ NMD, Dr. ANNA GARZA NMD.

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente entiendo que un PRECEPTEE no tiene licencia y doy por adelantado mi consentimiento para recibir tratamiento por los siguientes: TIFFANY YORK, que trabaja bajo la supervisión de los doctores Dra. PARABATIE MISIR NMD, Dra. JANETH RUIZ NMD Y Dra. ANNA GARZA NMD.

**Sign/Firma**(En caso de ser menor de edad firme Padre, madre o guardián)

**Date/Fecha**

X \_\_\_\_\_