Reset Form | Save Form | Print Form



HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT
Sign In Sheet

Please sign-in and notify us if a) you are a new patient; b) your insurance, your phone number or address have changed.

Name	Arrival Time	Appt. Time	Appointment With	New Patient (✓)	Any Change in Insurance Since Last Visit? (✓)	Out of the Country Recently (✓)
1) John Smith	hh:mm AM	hh:mm AM	Dr. Williams	☐	☐	☐
2)				☐	☐	☐
3)				☐	☐	☐
4)				☐	☐	☐
5)				☐	☐	☐
6)				☐	☐	☐
7)				☐	☐	☐
8)				☐	☐	☐
9)				☐	☐	☐
10)				☐	☐	☐
11)				☐	☐	☐
12)				☐	☐	☐
13)				☐	☐	☐
14)				☐	☐	☐
15)				☐	☐	☐
16)				☐	☐	☐
17)				☐	☐	☐
18)				☐	☐	☐
19)				☐	☐	☐
20)				☐	☐	☐
21)				☐	☐	☐
22)				☐	☐	☐