**[A green sign with white text

Description automatically generated with low confidence](https://www.smartsheet.com/try-it?trp=10851&utm_source=integrated-content&utm_campaign=/content/client-intake-form-template&utm_medium=Patient+Intake+Form+doc+10851&lpa=Patient+Intake+Form+doc+10851)PATIENT INTAKE FORM TEMPLATE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATE OF VISIT |  |  | ADMINISTRATOR |  |  |
| MM/DD/YY | | |  | | |
| FIRST-TIME PATIENT? | |  | REFERRED BY |  |  |
|  | | |  | | |
| PATIENT INFORMATION | |  |  |  |  |
| FULL NAME |  | |  |  | |
| PRIMARY PHONE NUMBER |  | | HOME ADDRESS |  | |
| SECONDARY PHONE NUMBER |  | |  |  | |
| EMAIL ADDRESS |  | |  |  | |
| SOCIAL SECURITY NUMBER |  | | WORK ADDRESS |  | |
| DATE OF BIRTH | MM/DD/YY | |  |  | |
| HEALTH CONCERNS / SYMPTOMS |  |  |  |  |  |
| *Describe the reason for your visit.* | |  |  |  |  |
| Description …  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *When did your symptoms or illness begin?* | |  |  |  |  |
| Description …  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | |
| *What are your health goals for today's visit?* | |  |  |  |  |
| Description …  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | |
| INSURANCE INFORMATION |  |  |  |  |  |
| INSURANCE CARRIER NAME |  | | INSURED'S DATE OF BIRTH | MM/DD/YY | |
| NAME OF INSURED |  | | GROUP NUMBER |  | |
| SUBSCRIBER ID |  | | PATIENT'S SIGNATURE |  | |
| EMERGENCY CONTACT INFORMATION | | | |  |  |
| FULL NAME |  | | RELATIONSHIP |  | |
| HOME PHONE |  | | CELL PHONE |  | |
| WORK PHONE |  | | EMAIL ADDRESS |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REFERRALS AND ADJUNCTIVE CARE |  |  |  |  |  |
| *ARE YOU CURRENTLY UNDERGOING ANY OTHER MEDICAL TREATMENTS?* | | | |  |  |
|  | Yes |  |  |  |  |
|  | No |  |  |  |  |
| *IF YES, PLEASE DESCRIBE THE REASON(S):* | |  |  |  |  |
| Description …  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | |
| PRIMARY CARE PHYSICIAN |  | |  |  |  |
| PHONE NUMBER |  | |  |  |  |
| OFFICE ADDRESS |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAYMENT INFORMATION  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  YES  UNKNOWN  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | |  |  |  |
| PAYEE |  | | DATE OF PAYMENT | MM/DD/YY | |
| RECEIPT NUMBER |  | | AMOUNT PAID | $0.00 | |
| PAYMENT METHOD |  | | | | |
| **RECEIVED FROM** |  | | **RECEIVED BY** |  | |
| **ACCOUNT DETAILS** | | | **PAYMENT PERIOD** | | |
| ACCOUNT BALANCE | PAYMENT MADE | BALANCE DUE | FROM | MM/DD/YY | |
| $0.00 | $0.00 | $0.00 | THROUGH | MM/DD/YY | |
| DESCRIPTION OF SERVICES | | | ADDITIONAL PAYMENT NOTES |  | |
|  | | |
| ADDITIONAL NOTES  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | |  |  |  |  |
| Description …  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | |

|  |
| --- |
| **DISCLAIMER**  Any articles, templates, or information provided by Smartsheet on the website are for reference only. While we strive to keep the information up to date and correct, we make no representations or warranties of any kind, express or implied, about the completeness, accuracy, reliability, suitability, or availability with respect to the website or the information, articles, templates, or related graphics contained on the website. Any reliance you place on such information is therefore strictly at your own risk. |