

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: (apeido, primer nombre, apelativo)	Sexo M F	Fecha de Nacimiento / /	Edad	S.S. -- --
Paciente Adulto(a): (o padre/Guardia)	Sexo M F	Fecha de Nacimiento / /	Edad	S.S. -- --
Sro. Sra.				
Direccion	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)			
Ciudad	Numero de Licencia			
Estado - Zona Postal				Numero de Telefono ()
Propietario (si esta rentando)				Numero de Propietario ()
Nombre de Empleo(a)	Ocupacion	Numero de Trabajo ()		
Direccion de empleo (calle-ciudad-stado-zona postal)				
Nombre de Esposo(a) (apeido, primer nombre, apelativo)	Edad	Fecha de Nacimiento / /		S.S. -- --
Empleo del esposo(a)				Numero de trabajo del esposo(a) ()
Familiar sercano que no viva con usted				Numero de familiar ()
En caso de emergencia, notifica				Numero de emergencia ()
A quien le damos las gracias por referirlo a nosotros?	Medico de la familia			
Paciente escribe con mano: <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	Fecha de lastimadura	Se lastimo en el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Queja actual				Alergias
A sido nuestro paciente antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ano _____	Nombres de familiares que an sido pacientes			

INFORMACION DE SEGURO

Nombre de seguro principal	Direccion	Numero de telefono ()		
Nombre de persona asegurada	Relacion	Numero de identificacion	Numero de grupo	
Nombre de seguro secundario	Direccion	Numero de telefono ()		
Nombre de persona asegurada	Relacion	Numero de identificacion	Numero de grupo	

Todos los servicios profesionales son cargados al paciente. Las formas necesarias seran completadas para ayudar facilitar el pago por su compania de seguro. Sin embargo, el paciente es responsable por todos los cargos, no le hace el alcance de su seguro. Tambien es acostumbrado pagar por los servicios al tiempo que sean dados, a menos que otros arreglos hayan sido echos anteriormente con nuestro Gerente de Oficina. Pido que pago de beneficios autorizados de Medicare/Otra Compania de Segura sean echos a mi nombre o de mi parte a Sims Physical Therapy, por cualquier servicio proporcionado a mi por la parte que acepte traspaso. Se aplican regulaciones pertinentes a traspaso de bienes de Medicare. Autorizo que cualquier poseedor de medica o otra informacion sobre mi persona sea dada a la Adminstracion del Segura Social y Adminstracion de Finanzas de Cuidados de Salud o sus intermediarios o cargadores cualquier informacion necesaria para esta or relacionada reclamacion de Medicare o otra compania de seguro.

Vas a tener dolor con terapia.

Permito una copia de esa autorizacion sea usada en lugar de la original, y pido que pago de bienes de seguro medicos a mi mismo o a la parte que acepte traspaso. Entiendo que es mandatorio notificar al proveedor de cuidados de salud de cualquier otra parte que pueda ser responsable por pagar por mi tratamiento. (Seccion 1128B de la Acta del Segura Social y 31 U.S.C. 3801-3812 provee castigos por retener esta informacion.)

Firma _____

Fecha _____