

PRN PHYSICAL THERAPY

INFORMACION DE PACIENTE

OFFICE: _____ **TREATMENT START DATE:** _____ **THERAPIST:** _____

NOMBRE: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____ **M** ___ **F** ___
(NAME) (SOCIAL SECURITY #)

DOMICILIO: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO** _____ **CODIGO:** _____
(ADDRESS) (CITY) (STATE) (ZIP)

TELEFONO: _____ **TELEFONO DE TRABAJO:** _____
(HOME PHONE) (WORK PHONE)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD:** _____ **NUMERO DE LICENCIA** _____
(DATE OF BIRTH) (AGE) (DRIVER'S LICENSE #)

NOMBRE DE EMPRESA: _____
(EMPLOYER)

OCCUPACION/POSICION: _____
(POSITION)

PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA: _____
(EMERGENCY CONTACT)

RELACION: _____ **TELEFONO:** _____
(RELATIONSHIP) (PHONE)

MEDICO: _____ **DIAGNOSTICO:** _____ **ICD9#** _____
(REFERRING PHYSICIAN) (DISGNOSIS)

DOMICILIO: _____ **TELEFONO:** _____
(ADDRESS) (PHONE)

NOMBRE DE LA PERSONAS O PERSONAS RESPONSIBLE DE LOS HONORARIOS

NOMBRE: _____ **NUMERO DE SEGURO SOCIAL** _____
(NAME) (SOCIAL SECURITY #)

RELACION: _____
(RELATIONSHIP)

DOMICILIO: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO** _____
(ADDRESS) (CITY) (STATE) (ZIP)

EMPRESA: _____ **TELEFONO:** _____
(EMPLOYER) (WORK PHONE)

PRIMARIO INFORMACION DE SEGURO

PVT	WC	MEDICARE	AUTO	LIEN	CASH	HMO	PTPN	OTHER
------------	-----------	-----------------	-------------	-------------	-------------	------------	-------------	--------------

NEMB SIGNED _____

NOMBRE DE SEGURO MEDICO: _____
(PRIMARY INSURANCE COMPANY)

DOMICILIO: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO** _____
(ADDRESS) (CITY) (STATE) (ZIP)

TELEFONO: _____
(PHONE)

AJUSTDOR DE PERDIDAS: _____ **LIMITADO DE TRATAMIENTO MEDICO:** _____
(CLAIMS ADJUSTOR) (PLAN LIMITS)

NUMERO DE POLIZA: _____ **NUMERO DE GROUPO/RECLAMACION:** _____
(POLICY NUMBER) (GROUP NUMBER)

NUMERO DE AUTHORIZCION: _____ **FECHA EN QUE SE LASTIMO:** _____ **MEDICO NECESARIO:** _____
(AUTHORIZATION NUMBER) (DATE OF INJURY) (MEDICAL NECESSARY)

FECHA DE EFFECTIVO DE SEGURA: _____ **DEDUCIBLE:** _____ **PAGADO:** _____
(INSURANCE EFFECTIVE DATE) (DEDUCTIBLE) (\$ OF DEDUCTIBLE MET)

PAGADO DE VISTA: _____ **BENEFICO:** _____ **% DE SU BOLSILLO:** _____ **DESPUES:** _____
(CO PAY) (BENEFITS) (% TO PAY OUT OF POCKET) (% THEREAFTER)

AUTORIZACION AGENTE: _____ **FECHA:** _____
(LIMIT) (AUTHORIZED BY) (DATE)

NUMERO DE VISTA: _____
(# OF VISITS)

SECONDARIO NOMBRE DE SEGURO MEDICO _____
(SECONDARY INSURANCE)

DOMICILIO: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO:** _____
(ADDRESS) (CITY) (STATE) (ZIP)

NUMERO DE POLIZA: _____ **NUMERO DE GROUPO/RECLAMACION:** _____
(POLICY NUMBER) (GROUP NAME)

Por medio de la presente otorgo autorizacion vitalicia para que todo pago por beneficios medicos se hagan directamente al pro veedor de cuidad os de salud y/o a sus afiliados por sus servicios prestados. Yo entiendo que yo to mo toda la responsabilidad financiera todos los cargos que mi compania aseguradora no pague. En caso de incumplimiento, yo me comprometo a pagar todos los gastos de razonables de cobros y honorarios de abogados. Por medio de la presente autorizo al pro veedor de cuidados de salud para revelar toda la informacion necesaria con el fin de asegurar pago de beneficios. Ademas estoy de a cuerdo en que una fotocopia de este acuerdo estan valida como su original. Ademas declaro qu mi firma en este fomulario representa a signacion de beneficios al proveedor de cuidados de salud mencionado anteriormente. Yo autorizo al proveedor de cuidados de salud y/o a sus afiliados a proveer eltratamiento y cuidado recomendado por mi(s) doctor(es). Yo entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.

Firma _____ Fecha _____