

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ (Jr., Sr., ect.) Sexo: H o M
Nombre de Pila: _____ Segundo Nombre: _____
Direccion Nombre de Calle: _____ Apt./Unidad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Numero de Telefono: _____ Numero de Trabajo: _____ Celular: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Estado: _____ Seguro Social #: _____
Numero de Licencia de Manejo : _____ Estado: _____ Estado Civil: _____
Nombre de Trabajo: _____ Ocupacion: _____
Direccion de Trabajo: _____

PERSONA RESPONSABLE SOBRE EL PAGO: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Numero de Telefono: _____ Nombre de Trabajo: _____

NOMBRE DE SU MEDICO: _____ Fecha de accidente o cuando el dolor comenzo: _____
Fecha de regreso con medico: _____ Parte de su cuerpo que sera tratada: _____
Nombre de su medico particular: _____ Numero de Telefono: _____
Accidente de Trabajo? SI NO Le secaron Rayos X? SI NO Derecho Zurdo
Como se accidento? _____
Nombre de su seguro de la compensacion de trabajadores. _____ Numero de caso: _____
Accidente de Auto ? SI NO Tiene Abogado sobre este accidente? SI NO
Nombre de Abogado: _____ Numero de Telefono de Abogado: _____

INFORMACION DE PARENTELA
Nombre: _____ Numero de Telefono: _____
Nombre de Trabajo: _____
Nombre de Abogado: _____ Numero de Telefono Abogado: _____ Celular: _____

INFORMACION THERAPIA PREVIA
Ha recibido servicio de Therapia Fisical en este ano? SI NO
Ha tenido o recibido recientemente Therapia Fisica en casa? SI NO _____
Ha tenido o recibido Tratamiento Quiropractico? SI NO

Yo por la presente autorizo el pago de beneficios medicos a Matt Smith Physical Therapy, para servicios me proporcione. Autorizo tambien al terapeuta a liberar cualquier informacion en el curso de mi examen o el tratamiento. Esta tarea se quedara vigente hasta que revocara por mi en la escritura. Una fotocopia de este asignacion debere ser considerada tan valido como la original. Una copia de este asignacion tiene el mismo valor que la original. **YO POR LA PRESENTE ACEPTO RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA TODO CARGO CONTRAJO SI O NO TENGA LA COBERTURA. COMPROBACION DE LOS BENEFICIOS QUE RECIBIMOS DE SU SEGURO NO ES UNA GARANTIA DE PAGO.**

Firma del Paciente o la Persona Responsable

Fecha