



Physical Therapy Care Formulario de Inscripción

(Imprima Por Favor)

Fecha ____ / ____ / ____

El Médico que la / lo refiero _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido de Paciente		Primer Nombre		Segundo Nombre		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Señorita.	Estado Civil (Circule Uno) Soltero / Casado / Divorciado Separado / Viudo					
Dirección de calle		Ciudad		Estado		Código postal		Fecha de nacimiento / /		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Correo Electrónico:						Seguro Social		Teléfono de Casa ()					
Ocupación						Empleador				Teléfono de celular ()			
Dirección de empleador		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono de empleador ()					
Referido a la Clínica por (Escoja uno)		<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Plan de seguro		<input type="checkbox"/> Hospital							
<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Amigo		<input type="checkbox"/> Cerca de casa / trabajo		<input type="checkbox"/> Páginas amarillas		<input type="checkbox"/> Otro					

¿Es relacionada a su trabajo la herida? Sí No Fecha de la herida: ____ / ____ / ____ Claim# _____

Nombre de ajustador: _____ Teléfono de ajustador (_____) _____

Consentimiento de Información del Paciente

He leído y he entendido completamente la nota de Prácticas de Información de **Physical Therapy Care, Inc.** Entiendo que **Physical Therapy Care Inc.** puede utilizar o puede revelar mi información personal de la salud para los propósitos de llevar a cabo el tratamiento, obteniendo el pago, evaluando la calidad de servicios proporcionada y alguna operación administrativa relacionados al tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir cómo mi información personal de salud es utilizada y es revelada para el tratamiento, el pago y las operaciones administrativas si notifico la práctica. Entiendo también que **Physical Therapy Care Inc.** considerará los pedidos para la restricción en un caso por la base del caso, pero no tendrá que concordar a pedidos para restricciones.

Yo por el presente consiento al uso y la revelación de mi información personal de la salud para propósitos notados en **Physical Therapy Care Inc.'s** nota de prácticas de Información. Entiendo que retengo el derecho de revocar este consentimiento notificando la práctica en la escritura en tiempo.

Nombre de paciente

Firma de paciente

Fecha

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un Amigo / Pariente (no viviendo en el mismo domicilio)		Relación al paciente		Teléfono de Casa ()		Teléfono de empleador ()	
---	--	----------------------	--	-------------------------	--	------------------------------	--

Él encima de información es verdad según mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a la clínica. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Autorizo también que Physical Therapy Care Inc. o mi compañía de seguros puede liberar cualquier información requerida para poder procesar mis reclamos.

X

FIRMA DE PACIENTE / GUARDIAN DE PACIENTE

FECHA