

CLINIC NAME: \_\_\_\_\_

RX DATE \_\_\_\_\_ SCHD APPT \_\_\_\_\_ TX START DATE \_\_\_\_\_ THERAPIST \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓAIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR ( ) \_\_\_\_\_ TRABAJO ( ) \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ SEXO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_  
 RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE SE REFIERE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE HERIDA/CIRUGÍA O COMIENZO DE SINTOMAS \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_  
 ICD # \_\_\_\_\_ CAUSA DE LA QUEJA \_\_\_\_\_  AUTO  TRABAJO  OTRO \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE ASEGURADO / POSEEDOR DE PÓLIZA**

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL PACIENTE \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

TIENE USTED SEGURO SECUNDARIO?  SI  No

**PRIMARIO**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE LA PACTURACION DEL SEGURO \_\_\_\_\_  
 TELEFONO ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ REPRESENTANTE \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA \_\_\_\_\_  
 BENEFICIOS \_\_\_\_\_ % DEDUCIBLE \_\_\_\_\_ CÚANTO \_\_\_\_\_ COPAY \$ \_\_\_\_\_ MÁXIMO DE BOLSILLO \_\_\_\_\_  
 REQUERO AUTORIZACION PREVIA:  SI  NO NÚMERO DE AUTORIZACION# \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE VISITAS \_\_\_\_\_ AUTORIZADO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ LIMITACIONES \_\_\_\_\_

**SECUNDARIO**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELEFONO # \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE FACTURAR SEGURO \_\_\_\_\_  
 POSEEDOR DE POLIZA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL PACIENTE \_\_\_\_\_  
 SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_

**WORKERS' COMPENSATION/INFORMACION DE AUTO**

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 DIRECCION PARA SOMETERSE LOS RECLAMOS \_\_\_\_\_  
 AJUSTADOR \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX# \_\_\_\_\_  
 FECHA DE HERIDA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE RECLAMO \_\_\_\_\_ PT/OT ANTERIOR (Esta Herida)  SI  NO  
 EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 SOLO PACIENTES DE AUTO : POSEEDOR DE POLIZA \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE POLIZA DE AUTO \_\_\_\_\_ MED-PAY EN LA POLIZA:  SI  NO CUANTO \$ \_\_\_\_\_

**SOLO PACIENTES DE MEDICARE**

TIENE USTED MEDICARE PARTE A Y PARTE B?  SI  NO  
 HA RECIBIDO USTED EN CASA ASISTENCIA MEDICACLENTRO DE LOS ULTIMOS DOS MESES?  SI  NO  
 RECIBE ACTUALMENTE USTED CUALQUIER TIPO DE TERAPIA EN OTRA FACILIDAD O HOSPITAL?  SI  NO  
 TIENE USTED SEGURO SECUNDARIO?  SI  NO

**POLIZA DE PAGOS Y BENEFICIOS DE SEGURO:** Está información es una descripción de su beneficios que fue dado por un representante de su compañía de seguro medico. No es una garantía ni la autoización del pago. Los beneficios verdaderos no se pueden determinar hasta que al reclamo se haya recibido y ha sido procesado por su seguro. llamaremos para verificar su cobertura. Deducatables y pagos son debido en el tiempo de servicio. Doy permiso de vida para el pago de beneficios de seguro a ser hecha directamente a PRN Physical Therapy para servicios rendidos. Entiendo que yo soy financieramente responsable de cargos no pagado por mi compañía de seguro. En caso del defecto, yo concuerdo en pagar todos costos de colección yabogados. Concuerdo aun que una fotocopia de este acuerdo es tan valida como la original. Autorizo auñ mas que mi firma en esta forma constituye pago de beneficios al proveedor medico nombrado arriba.  
 Consiento en tener PRN o su se afilia proporciona al tratamiento y el cuidado prescritos por mis medios. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mi en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA

\_\_\_\_\_  
 FECHA