



# 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 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