



## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER MEDIO

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono Celular: \_\_\_\_\_

*FAVOR DE MARCAR EL TELEFONO PREFERIDO DONDE PODREMOS CONTACTARLE:*

CELULAR:  CASA:  TRABAJO:  FAVOR DE NO CONTACTAR:

**Si es un Caso de Compensacion de Trabajadores, favor de completar:**

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_

**Si es un caso de PPO, favor de completar:**

Nombre de Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Grupo/Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Ultimos 4 # del SS: \_\_\_\_\_

Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Telefono de Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_

**Persona de contacto en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER MEDIO

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono preferido: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo cualquier sostenedor de la información médica sobre mi para lanzar la información médica dicha pedida por las compañías de seguros con quienes tengo cobertura o cualquier agencia pública y es agentes para determinar las ventajas parra el servicio proporcionado o las ventajas para el servicio relacionado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE VENTAJAS:** Autorizo por este medio el pago de ventajas para ser hecho directamente a Encore Wellness® después de cincuenta para los servios me proporcionararan por Encore Wellness® después de cincuenta. Entiendo que soy financieramente responsable a Encore Wellness® después de cincuenta de los cargas no cubiertas por este acuerdo. Autorizo reembolso o pagué en exeso ventajas de seguro donde está mi cobertura conforme a la coordinación de ventajas. En caso de defecto, acuerdo pagar todos los costes de la colección , incluyendo los honorarios del abogado razonable. El honorario de la calidad de miembro no es reembolsable o tranferible.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE TRATAR:** Consiento a la examinación, tratamiento, y los procedimientos que se pueden realizar durante oficina visitan incluyendo el tratamiento de la emergencia considerado necesario por el Therapista Físico.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Paciente: \_\_\_\_\_