

Hands On Hands Rehabilitation Center

Formulario De Inscripción

(Por Favor Imprimir)

Fecha de hoy:	Diagnóstico y Fecha de la lesión o cirugía:
---------------	---

Información del el Paciente

Nombre:	Apellido	Medio	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Número de Teléfono:
Dirección:	Ciudad y Estado	Código Postal	Número de Celular:		
Fecha de Nacimiento:	# Licencia de Conducir	Número de Seguro Social	Dirección de Correo Electrónico		

De Medico Información

Nombre	Número de Teléfono:	Número de FAX:
--------	---------------------	----------------

Información de Seguros Privados

Por favor, indique Seguros Primario	<input type="checkbox"/> Blue Shield	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> United Healthcare
	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Other:	
Número de Teléfono de Seguros	Número de Póliza	Número de identificación	
¿Quien es el responsable de este proyecto de ley?			
¿Usted sufrió la lesión en el trabajo?	Sí No	¿Está cubierto por una póliza de empleador o sindicato?	Sí No
¿Lesiones relacionadas accidente de automóvil?	Sí No	¿Está empleado su cónyuge o otro miembro de la familia?	Sí No
¿Está trabajando actualmente?	Sí No	¿Tiene un seguro de secundaria?	Sí No
¿Alguna vez ha servido en el ejército?	Sí No	¿Esta usted cubierto bajo algún otro plan de salud?	Sí No
¿Está recibiendo servicios de salud en el hogar?	Sí No		
¿Tiene una Directiva de Atención Médica Anticipada? Sí No. (su derecho a decidir instrucciones para su atención médica) ¿Le gustaría obtener una? Sí No			

En Caso de Emergencia

Nombre del amigo local o familiar (que no viva con usted)	Relación:	Número de Teléfono/Celular:
---	-----------	-----------------------------

Entiendo y acepto que, la pesar de la condición de mi seguro, yo soy el responsable de la balanza de mi cuenta por cualquier y todos los servicios profesionales que hacen. He leído toda la información en esta hoja y he completado las respuestas anteriores, certifico que esa información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo te notificare de cualquier cambio en mi estado o la información anterior. Autorizo a mis beneficios de seguro se pagarán directamente a Hands On Hands Rehab Center, Inc. También autorizó Hands On Hands Rehab Center, Inc. O mi compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.

Firma de Paciente / Tutor: _____