Información del Paciente

Nombre del Paciente:_____ M / F_____

Numero de teléfono: (_____) _____-_____ * Fecha de nacimiento:_____

Dirección:_____Estado civil: _____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de seguridad social: _____Edad: _____ Correo Electrónico:_____

Empresario/Escuela:_____

Ocupación:_____ Numero de teléfono: (_____) _____-_____

Compruebe a continuación (requerido por el Gobierno federal)

La raza:	Islas del Pacífico	Negro	Blanco		Asiatico	Otro	Decaer

Etnicidad:	Hispano:	No-Hispano	Decaer

***Doy permiso a HSWC para llamar o mandar mensajes de texto a mi teléfono acerca de mis citas u otros asuntos.**

Contacto de Emergencia

Nombre:_____ Relación al paciente: _____

Número de Teléfono: (_____) _____-_____

****

SEGURO PRIMARIO

Compañía de seguros:_____

ID de miembro: _____ Número de grupo _____

Si es diferente del paciente…

Nombre del asegurado:_____ Fecha de nacimiento: _____

Empresario:_____ Número de teléfono: (____) _____-_____

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguros:_____

ID de miembro: _____ Número de grupo _____

** Si es diferente del paciente…**

Nombre del asegurado:_____fecha de nacimiento: _____

Empresario:_____Número de teléfono: (____) _____-_____

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o el dependiente) tengo cobertura con _____ y asigno directamente a Karen Pryor, PhD, PT, DPT, todos los beneficios del seguro, si los hay, y de otro modo pagadero a mí por mis servicios presentados. Yo entiendo que yo soy responsable por todos los cargos pagados o no pagados por mi seguro. Yo autorizo al individuo mencionado anteriormente a publicar información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma para todas las presentaciones del seguro.

_____ _____

Firma del paciente/padre/tutor Fecha