

Amber Hill Terapia Física
Forma de Registro

Nombre Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Address _____ Número de Seguridad Social _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ Teléfono del domicilio (____) _____

Patrón _____ Teléfono del Trabajo (____) _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono de Emergencia (____) _____

Médico que lo refiere _____ Teléfono del Doctor (____) _____

Médico de Cuidado Primario _____ Teléfono de MCP (____) _____

Diagnóstico _____ Fecha de Inicio/Lesión _____

¿Ha tenido usted terapia previamente? No Yes, ¿Para qué condición? _____

¿Está relacionado este problema con un accidente de automóvil? No Yes

¿Está relacionado este problema con un accidente de trabajo? No Yes

Si usted contestara sí a cualquiera de los susodichos, por favor complete la información de seguros siguiente:

PIP o Compañía Workers Compensation _____ Teléfono (____) _____

Nombre del Ajustador _____ Número de Reclamación _____

Dirección de las Reclamaciones _____ Ciudad, Estado, Código _____

Información del Miembro de la Póliza de Seguro

Relación: __ Si mismo d Esposo/a __ Padre d Otro

Apellido _____ Nombre _____ I _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono domiciliar (____) _____ Trabajo (____) _____

Número de Seguridad Social _____ Sexo __ M __ F

Nombre de Patrón _____ Trabajo -Titulo/Ocupación _____

Dirección de Patrón _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____