



For official use only:
Physical Therapist
Diagnosis Code(s):

604 Ninth St. P.O. Box 840, Benton City, WA 99320 • Phone 509-588-2924 • FAX 509-588-4564

Nombre del Paciente:
Domicilio:
Ciudad:
Fecha de nacimiento:
Empleador:
Domicilio de Empleador:
Medico de Referencia:
Ciudad:
Estado:
Cod. Postal:
Num. de telefono:
Sexo:
Num. de Seg. Soc.:
Num. de trabajo:
Estado/Cod. Postal:

Si Casado: Nombre de esposo/a:
Empleador:
Num. de telefono:
Num. de trabajo:
Num. de seg. Soc.:

FAVOR DE LLENAR SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Nombre de madre/guardian:
Domicilio:
Ciudad:
Estado:
Cod. Postal:
Num. de Seg. Soc.:
Empleador:
Domicilio de Empleador:
Ciudad:
Estado:
Cod. Postal:
Num. de telefono:

Nombre de padre/guardian:
Domicilio:
Ciudad:
Estado:
Cod. Postal:
Num. de Seg. Soc.:
Empleador:
Domicilio de Empleador:
Ciudad:
Estado:
Cod. Postal:
Num. de telefono:

INFORMACION DE ASEGURANZA: Favor de presentar tarjetas de aseguranza en la recepcion

Form box containing insurance information fields: Aseguranza Primaria, Aseguranza Secundaria, Lesion es resultado de, Fecha de lesion, Num. de Reclamo.

Contacto de Emergencia (No viviendo con Usted) Nombre:
Num.de telefono:

Le autorizo a Columbia Physical Therapy, Inc. P.S. el uso y revelacion de informacion de salud y medica para facilitar tratamiento, pago, y operacion de cuidado de salud. Bajo toda circunstancia asumire responsabilidad final de mi cuenta con el entendimiento de, al no mantener mi cuenta al corriente, pagare cargos financieros y cargos de corte y abogado. Acepto servicios de terapia fisica recetada por cualquier medico. Autorizo pago de beneficios medicos por mi aseguranza a Columbia Physical Therapy, Inc. P.S. para todo servicio. He recibido el Aviso de Practicas Privadas de esta clinica escritas en language sencillo.

Firma:
Fecha: