



Hands On Hands Rehabilitation Center

Formulario De Inscripción

(Por Favor Imprimir)

Fecha De Hoy:	Diagnóstico y Fecha De La Lesión o Cirugía:
---------------	---

Información para el paciente

Nombre:	Primero	Último	Medio	M ☐	Número De Teléfono
				F ☐	()
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
	()	()
Dirección Del Doctor:	Ciudad y Estado	Código Postal

Información de Seguros Privados

Por favor, indique Seguro primario:	☐ Blue Shield	☐ Blue Cross	☐ United Healthcare	☐ Aetna	☐ Other:
Número De Teléfono De Seguros:	Número De Póliza:	Número De Identificación:			
()					
¿Quién es el responsable de este proyecto de ley ? _____					
¿Usted sufrió una lesión en el trabajo?	Si No	¿Está cubierto por una póliza de empleador o sindicato ?	Si No		
¿Lesiones relacionadas al automóvil?	Si No	¿Se emplea su cónyuge u otro miembro de la familia ?	Si No		
¿Está trabajando actualmente?	Si No	¿Tiene un seguro de secundaria ?	Si No		
¿Alguna vez ha servido en el ejército?	Si No	¿Está usted cubierto bajo cualquier otro plan de salud ?	Si No		
¿Está recibiendo servicios de salud en el hogar ?	Si No				

En Caso de Emergencia

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

Entiendo y acepto que , a pesar de mi condición de seguro , yo soy el responsable último 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 esta 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 autorizo Hands On Hands Rehabilitation Center, Inc. o mi compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos .

Paciente Firma / Tutor: _____ Fecha: _____

Workman's Compensation Insurance Information

(For Office Use Only)

W/C Insurance Company:	Address:	Phone #:
		()
Claim Number:	Adjuster	FAX #
		()
Comments:		