



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nobre: _____
Apellido Primero Inicial

Numero De Teléfono (Casa): _____ Número De Teléfono (Celular): _____

Correo Electrónico: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de Empleador: _____ Numero de Teléfono (Empleo): _____

Fecha de Lesión: _____ Lesión de Trabajo: Si/ No Última Visita al Doctor: _____

A quien podemos notificar en caso de una emergencia: _____

Teléfono #: _____ Relación al Paciente: _____

- Consiento al tratamiento físico de la terapia proporcionado a mi por Miami Physical Therapy Associates, Inc. según la receta de mi doctor.
- Entiendo y conviene que soy personalmente responsable de todos los honorarios para los servicios rendidos por Miami Physical therapy Associates a mi o mis dependientes sin importar lo que cubre mi seguro.
- Autorizo el lanzamiento de cualquier información medica necesaria para procesar esta demanda

Firma del Paciente o Guardián

Relación

Fecha