



Formulario de admisión del paciente

www.reboundptot.com Bellingham ▪ Lynden

Por favor complete el siguiente formulario en inglés

Información del paciente

Nombre de pila _____ MI _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Edad: _____ Seguridad Social # _____ - _____ - _____ Género: _____

Dirección _____

calle

Ciudad

Expresar

Código postal

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo (____) _____ - _____ Teléfono móvil (____) _____ - _____

Parte responsable (si no es el paciente)

Nombre _____ Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo (____) _____ - _____

Dirección _____

calle

Ciudad

Expresar

Código postal

Contacto de emergencia

Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____ - _____

Empleador

Nombre del empleador _____ Teléfono (____) _____ - _____

Dirección _____

calle

Ciudad

Expresar

Código postal

Información sobre lesiones

Médico referente _____ Médico de atención primaria _____

Fecha de la lesión _____ Lesión / Parte del cuerpo _____ Fecha de Cirugía _____

Relacionado con el empleo? sí no Accidente automovilístico? sí no PIP disponible? sí no

Fiesta responsable _____ Teléfono (____) _____ - _____

Nombre del ajustador / administrador de reclamos _____ Teléfono (____) _____ - _____

¿Ha tenido PT u OT anteriormente este año? sí no ¿Está recibiendo alguna terapia en el hogar? sí no

Información del seguro

Seguro primario _____ Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Número de identificación _____ Número de grupo _____

Seguro secundario _____ Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Número de identificación _____ Número de grupo _____

Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al proveedor de estos servicios. Soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado, incluidos los servicios que no están cubiertos por mi plan de seguro. Por la presente autorizo la divulgación de toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma _____ Fecha _____

(Padre o tutor si el paciente es menor de edad)