



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____		Fecha de nacimiento _____	
(Patient Name)	primero (First)	apellido (Last)	(Date of Birth)
Número de Seguro Social _____		Sex: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
(Social Security Number)		Estado Civil: _____	
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
(Address)	(City)	(State)	(Zip Code)
Numero de teléfono de casa _____		Número de teléfono celular _____	
(Home Phone Number)		(Cell Phone Number)	
Ocupación _____		Empleador _____	
(Occupation)		(Employer)	
Doctor de referencia _____		Doctor de familia _____	
(Doctor referred)		(Family Doctor)	

Persona responsable para pagar, si no es el paciente: Esposo/Esposa, Garante, Padre con Custodia
 (Person Responsible for Paying if not Patient: SPOUSE, GUARANTOR or CUSTODIAL PARENT)

Nombre del paciente _____		Fecha de nacimiento _____	
(Patient Name)	primero (First)	apellido (Last)	(Date of Birth)
Número de Seguro Social _____		Sex: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
(Social Security Number)		Estado Civil: _____	
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
(Address)	(City)	(State)	(Zip Code)
Numero de teléfono de casa _____		Número de teléfono celular _____	
(Home phone number)		(Cell phone number)	

Información del seguro (Insurance Information)

Si está lesionado: Fecha de lesión / fecha del accidente _____		Estado de lesión / accidente _____	
(If you are injured: Date of injury / accident date)		(State of injury / accident)	
Tipo de lesión: <input type="checkbox"/> Accidente de automóvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____			
(Type of Injury)		(Motor Vehicle Accident) (Job) (other)	
Nombre de la empresa de seguros _____		Nombre del suscriptor _____	
(Name of insurance company)		(Subscriber Name)	
Número de identificación/reclamación del seguro _____		Grupo # _____	
(Insurance identification/claim number)		(Group #)	
Número de Seguro Social suscriptor _____		Fecha de nacimiento de suscriptor _____	
(Subscriber social security number)		(Subscriber Date of Birth)	

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO

Yo por la presente doy autorización para el pago de beneficios de seguro para el Southern Oregon Physical Therapy Associates, Inc. por los servicios prestados. **Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no sean cubiertos por el seguro.** Más, yo expresamente acepto y reconozco que mi firma en este documento autoriza a esta clínica a entregar las reclamaciones por servicios prestados. También autorizo a este profesional de la salud a liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios.

(I hereby give authorization for payment of insurance benefits to Southern Oregon Physical Therapy Associates, Inc. for any services rendered. **I understand I am financially responsible for all charges whether or not they are covered by insurance.**

I further expressly agree and acknowledge that my signature on this document authorizes this clinic to submit claims for services rendered. I also authorize this healthcare provider to release all information necessary to secure payment of benefits.)

Firma del paciente o padre/tutor legal (Patient or parent / guardian signature) **Fecha** (Date)