

LLENE FORMA COMPLETAMENTE PARA ASEGURAR FACTURAR CORRECTO

INFORMACION DEL PACIENTE				
Nombre (Apellido, Primero, Segundo):		Numero del Seguro Social:	Edad:	Fecha de Nacimiento:
				Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Direccion:		Ciudad, Estado, Codigo Postal:		
Numero del Telefono- Casa: ()	Del Telefono Celular: ()	Correo electrónico:		
Empleador Principal:		Oficio:		
Direccion del Empleador Principal:		Ciudad, Estado, Codigo Postal:		
Número del Telefono empleador principal:		¿Cómo se enteró de nosotros? Medico / Amigo/Familia / Anuncio Otro:		
Nombre del Medico Referencia:		Fecha de Ultima cita con el Medico:		
CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre (Apellido, Primero, Segundo):		Relacion al Paciente:	Numero del Telefono: ()	
INFORMACION DEL SEGURO				
El Tipo del Seguro: <input type="checkbox"/> El Medicare <input type="checkbox"/> El Medicaid <input type="checkbox"/> Work Comp <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Pago Privado <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro				
Nombre de la compañía de Seguridad::		Política / reclamación #:	Nº de grupo:	
Asegurado:	Numero del Seguro Social :	Fecha de Nacimiento:	Del Telefono Celular: ()	
Relacion al Paciente:	La Fecha de la lesión:	Nombre del administrador de caso o persona de contacto:		
Direccion del Empleador Principal:				
POLIZA DE ELECTRODO				
<p>Como parte de su terapia fisica, puede recibir un procedimiento llamado "estimulación eléctrica". Esto requiere el uso de electrodos (pequeños parches adhesivos) para conducir una corriente eléctrica a la zona a tratar. Nosotros tenemos electrodos generales que están disponibles gratuitamente. Sin embargo, por propósitos higiénicos, recomendamos que cada paciente compre sus propios electrodos que van a ser destinados para su uso personal durante el tratamiento. El costo de los electrodos es de \$5.00, que las empresas más seguros no cubren este gasto; por lo tanto, el pago es debido al uso de los electrodos personales. Por favor, indique su elección con respecto al uso de electrodos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, quiero comprar electrodos para mi tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> No, prefiero usar los electrodos generales para mi tratamiento</p>				
POLIZA DE "NO SHOW"				
Entiendo que se evaluará si se presenta a una cita sin cancelar una cuota de \$20. Entiendo que este cargo no lo cubrirá mi seguro.				
			Iniciales-->	<input type="text"/>
FIRMA				
Firma del Paciente o Representante:	Fecha:	Firma del Padre:	Fecha:	He recibido una copia de la política de privacidad de HIPPA de Advanced Motion Inc.:
				Iniciales---> <input type="text"/>