

Husker Rehabilitation and Wellness Centers P.C.
Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Fecha actual: _____
Fecha/hora de cita: _____ Diagnóstico: _____

Nombre complete y legal del Paciente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
Número de Teléfono en casa: _____ Número de Teléfono del Trabajo _____
Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Género: M F Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___
Contacto de Emergencia: Nombre _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de última cita con su medico: _____ Fecha de comienzo: _____ Nombre de Terapeuta: _____
Fecha de Proxima Cita: _____
Nombre del médico que ha hecho la recomendación: _____
Médico primario de cuidado: _____
Nombre del abogado (se implica): _____ Accidente: Coche Trabajo No
Estado civil: solo casado Estado estudiantil: tiempo complete parcial no

Empleador: _____ Número de Teléfono: _____
Dirección de empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
Partido responsable: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
Número de Teléfono: _____ Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____
Empleador: _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Compañía de seguros: (adjuntar una copia de la tarjeta de seguro) _____
Dirección de Compañía de seguros: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
Número de Teléfono de la Compañía de seguros: _____ Persona de contacto: _____
Número de Identificación: _____ Número del grupo: _____
Nombre asegurado: _____
Empleador del asegurado: _____
Número de Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____
Relación con el asegurado: auto esposo niño otro: _____

Compañía de seguros secundaria: (adjuntar una copia de la tarjeta de seguro) _____
Dirección de Compañía de seguros: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
Número de Teléfono de la Compañía de seguros: _____ Persona de contacto: _____
Número de Identificación: _____ Número del grupo: _____
Nombre del asegurado: _____
Empleador del asegurado: _____
Número de Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____
Relación a asegurado: auto esposo niño otro: _____

Si herida del trabajo, el nombre de persona contacte en la compañía: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
Número de archiva/caso: _____

Husker Rehabilitation & Wellness Centers, P.C.
Autorización de Paciente/Garante

Consentimiento Informado de Tratamiento Médico:

Consiento voluntariamente al tratamiento de la fisioterapia y los servicios creídos necesarios por mi fisioterapeuta y/o el médico. Reconozco que las prácticas de la fisioterapia no son una ciencia exacta y certifico que nadie me ha hecho ninguna garantía en cuanto a los resultados de estos servicios de Husker Rehabilitation and Wellness Centers, P.C. Es la intención sincera de esta clínica de educarme en cada proceso, desde la facturación al tratamiento y finalmente hasta la descarga de nuestros servicios. Por lo tanto, si no comprendo las técnicas manuales o las de ejercicio que se utilizan para reentrenar, alistar y restaurar la alineación postural, es mi responsabilidad de pedir más explicación hasta comprender qué son los objetivos del terapeuta y los resultados, y cómo él/ella trata de lograrlos.

Acuerdo de Finanzas:

Acepto pagar los servicios que me suministran (o que le suministran a la persona para quien soy legalmente responsable), o directamente o por medio de mi seguro médico o por un pagador de terceros. Si los paga un pagador de terceros, yo por la presente les asigno todos los beneficios pagaderos para este cuidado al proveedor. También acepto pagar directamente todo servicio no cubierto por mi(s) pagador(es) de terceros. Si mi contrato requiere un copago, acepto pagarlo en el momento de servicio.

Descarga de Información Médica:

Yo por la presente autorizo al proveedor a comunicarle(s) a mi(s) compañía(s) de seguros o pagador(es) de terceros, toda información médica necesaria para justificar el pago del cuidado rendido a mí (o a la persona por la que soy legalmente responsable), y permito que los representantes examinen y hagan copias de registros que relacionan a tal cuidado. Le autorizo al proveedor utilizar el fax para mandar información médica a mi compañía de seguro médico o a mis otros proveedores médicos para facilitar mi cuidado.

Este documento ha sido explicado completamente a mí y certifico que comprendo su contenido.

Yo por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Confidencialidad de esta clínica. _____

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha mm/dd/aa

Testigo

Fecha mm/dd/aa