**INFORMACION DEL PACIENTE. Por favor, complete cada seccion.**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_\_\_\_ Appellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEX: F M

Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de Licencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_estado\_\_\_\_\_código posta\_\_\_\_\_\_correo electronico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: Casa # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador Nombre/Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de emergencia/llamar a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCTOR DE REFERENCIA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tienes una siguiente cita? NO SI, cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Doctor Primario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ASEGURANZA RESPONSABLE. Por favor de notificar a la oficina de algun cambio en su aseguranza imediatamente.**

Tipo de accidente: Trabajo Automovil Otro Fecha de lastimadura/empezo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de suregia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Menor de edad, responsable guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SS#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aseguranza primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID # ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aseguranza secundaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID # ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza de trabajo/automovil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Abogado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POLIZA DE FINANZA: Por favor, leer, iniciar y firmar. Si hace mas de un ano de su ultima visita, tendra que llenar formas de nuevo.**

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que todo copagos y deducible debe ser pagado en el momento de servicio. Bajo el contracto de la aseguranza, nosotros

tenemos la obligacion de cobrar el copago y deducible en el momento de servicio. Si no tiene alguna aseguranza para cobrar su servicios

entonces usted tendra que pagar de su bolsillo y el pago sera requerido en cada visita.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que BCPT/CHOT presentará un cobro por el paciente a la aseguranza en contracto. **SIN EMBARGO, LOS SERVICIOS**

**QUE NO SON CUBIERTOS POR LA ASEGURANZA SERA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.**

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que la oficina requiere un aviso de 24 horas de cancelación antes de su cita. De lo contrario se le cargará **$45 POR NO**

**PRESENTARSE** y los tendra que pagar en la proxima cita. Esta cantidad no esta cubierta por su aseguranza.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que es mi obligacion de notificar a la oficina si hay un cambio con mi aseguranza de imediatamente.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que habra un cargo de $25 por un cheque rebotado. Esta cantidad se le aplicara hacia su cuenta pendiente.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que para cualquier balance pendiente durante los 90 dias de vencimiento se considera retrasada. Se le va a enviar

una carta de aviso final para liquidar su cuenta dentro de un plazo de 15 dias. Si todavia hay un balance sin pago, podriamos pasar su

cuenta a una agencia de coleccion y usted puede ser dado(a) de alta.

\_\_\_\_Yo doy mi consentimiento para cobrar a mi aseguranza y para pago directamente, o a sus provedores por los servicios prestados a mi o mis hijos

menores de 18 anos de edad. Esto puede incluir determinaciones de elegibilidad, cubertura bajo el plan de salud adecuado, previa-certificacion

y previa-autorizacion de los servicios con el proposito de reembolso. Esta informacion tambien puede ser utilizada para los cobros, manejo de

de reclamos, propositos de coleccion y cuidados de salud relacionados con procedemiento de datos a traves de esta oficina. Entiendo que tengo

el derecho de revocar este consentimiento y notificar a la oficina por escrito en cualquier momento. He leido y entendido la

poliza de finanza de Beck and Cale Physical Therapy/Coastal Hand and Occupational Therapy, y acepto seguir las reglas de la poliza.

Firma del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_