



Rehabilitación de estrellas
(fisioterapia)
120 W 7TH St, Plainfield, NJ

Paciente Registro E información

Por favor complete la sección de información apropiada a continuación que se aplica a su visita con Rehabilitación de estrellas Physical Therapy. Esto ayudará a Nos Determine la razón de su visita y el proveedor de seguro apropiado para facturar por los servicios.

Última Nombre: _____ Nombre: _____

DOB: _____ Género: Varón ___ Fémale ___

Etnia: Hispana Asiático Negro/Afroamericano Blanco Nativo americano

SSN: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Guardian (persona financieramente responsable si el paciente es menor de 18 años Años. Viejo)

Guarde Dian Nombre: _____ Rjúbilo al paciente: _____

Guardianas Dirección: _____

Motivo de la visita

1 ¿lesión relacionada con el trabajo? (compensación de trabajadores)

Fecha de la lesión: _____

Lugar de empleo: _____

Persona de contacto: _____

Seguro Compañía: _____

Número de reclamación: _____

¿acción legal pendiente? _____

Nombre de su abogado: _____

Información de contacto del abogado: _____

2 Colisión del vehículo de motor (fecha de lesión: / /20)

Accidente de estado ocurrió en: _____

Compañía de seguros: _____

Inombre del agente seguros: _____

Reclamación Ntostada _____

¿es su póliza de seguro? Sí No

Si no, proporcione por favor la información del sostenedor de la política

Es ¿es una reclamación de terceras partes? Sí No

3 Otros (por favor, describa):

Información del seguro de salud

1) Seguro primario

Nombre del seguro: _____

Grupo Id # _____ ID de suscriptor # _____

2) Seguro secundario

Nombre del seguro: _____

Grupo ID # _____ ID de suscriptor # _____

3) Medicare # _____

4) Medicaid (NJ Familia Case) ID # _____

Cirugías, medicamentos, alergias

Por favor enumere todas sus cirugías anteriores Y Aproximadamente el Año realizado

Si usted Unre actualmente tomando medicación, por favor enumere los nombres De Medicación

¿te Alérgica Para Cualquier medicamento, loción o Látex. Por favor enumere Lla Producto Y Su efecto En Que.

Información personal del paciente

¿con qué frecuencia bebe bebidas alcohólicas?

Nunca/raramente/menos de 5 bebidas por semana/más de 5 bebidas por semana

¿utiliza productos de tabaco? Sí No ¿Cuántos por día? ____

¿Quién es su proveedor de atención primaria? _____ (ciudad, estado)

¿Qué médico te refirió a nosotros? _____ (ciudad, estado)

Todos los pacientes, o su padre/guardián legal/representante personal, deben proveer su tarjeta de membresía del seguro o de la atención administrada, y el estado o la identificación de la foto emitida por el gobierno, así Rehabilitación estelar, Inc. puede hacer copias para el registro del paciente.

Si alguna de las partes en una demanda sirve una citación para los expedientes de tratamiento de mi y/o de un dependiente relacionados con el tratamiento de atención médica recibido en Estrella Rehabilitaciones Inc. entonces acepto pagar o aceptar permitir que mi abogado pague un cargo por separado de \$1.200,00 por día para la comparecencia personal de un representante en la corte, y costos adicionales de viaje si la distancia de ida y vuelta viajó desde la instalación hasta el lugar de prueba, totaliza ocho (80) millas o más, calculado en la tasa de reembolso del kilometraje federal en el momento del viaje.

Firma del paciente, guardián

Fecha