****

**Patient  Information**

First  Name:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Last  Name:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Middle  Initial:\_\_\_\_\_\_

Date  of  Birth:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sex:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Social  Security  #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State:  \_\_\_\_\_\_  Zip:\_\_\_\_\_\_\_\_

Home  Phone  #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Work  Phone  #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell  #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

May we Leave a Voice Message? Home: ☐ Work: ☐ Cell: ☐

Email Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marital  Status:  Single\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Married\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Divorced\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Widowed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emergency  Contact:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Phone  #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primary  Care  Physician  /  Family  Doctor(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Are  you  currently  under  the  care  of  a  Home  Health  Agency?\_\_\_\_No\_\_\_\_Yes,  name  of  Co.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

How  did  you  hear  about  FyzicalTM by Balance For Wellness, Inc ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Insurance  Information**

Medicare  #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Part  B  effective  date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insurance  Policy  #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Group  #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Policyholder’s  Name:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relation  to  Patient:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insurance  Address  (if  other  than  above):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*If  Patient  is  a  minor\***

Responsible  party  for  bill  if  other  than  patient:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsible  party’s  address  (if  other  than  above):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date  of  Birth:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Social  Security  #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consent  for  Treatment:**

I  hereby  consent  to  receive  care  for  therapy  services  by  FyzicalTM by Balance For Wellness, Inc. I  consent  to  medical  treatment  as  is  deemed necessary  or  advisable  by  the  physical  therapist

**Consent  to  Release  Medical  Information:**

I  authorize FyzicalTM by BFW, Inc. to  release  any  information  acquired  in  connection  with  my  therapy  services  including,

But not  limited  to,  diagnosis,  clinical  records,  to  myself,  my  insurance(s),  physician(s),  and  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consent  to Obtain Medical  Information:**

I  authorize FyzicalTM by Balance For Wellness, Inc to  obtain  and  acquire  any  information  that  would  be

beneficial  in  connection  with  mytherapy  service,  which  may  include  X-rays,  Cat  scans,  and  MRI  reports,

along  with  Physician’s  Documentation.

**Assignment  of  Insurance  Benefits:**

I  hereby  authorize  payment  to  be  made  directly  to  FyzicalTM by Balance For Wellness, Inc.

**Guarantee  of  Payment:**

I  agree  to  pay  any  charges  that  my  insurance  does  not  pay.  I  am  responsible  to  pay  any  un-covered  portion  on

the  date  services  are  rendered.  I  am  responsible  for  any  incurred  costs  on  overdue  balances  including,  but  not

limited  to,  late  fees,  interest  fees,  legal  fees,  and  collection  agency  fees.

**I  hereby  certify  that  I  understand  these  rights  as  set  forth.**

Patient/Responsible  Party  Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_