

**FYZICAL Therapy & Balance Center**  
**Formulario de inscripción**  
**(Letra de molde)**

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Información del Paciente					
Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido de Paciente	Fecha de Nacimiento / /	Seguro Social	Género M F
Dirección de envío			Ciudad, Estado, Código postal		
Domacillio			Ciudad, Estado, Código postal		
Telefono Principal  ( ) -		Telefono Secunadrio  ( ) -	Direccion de Correo Electronico		
<b>Recordatorios de la cita ya esta disponibles</b> <input type="checkbox"/> Habla telefono principal <input type="checkbox"/> Mensaje de text <input type="checkbox"/> Correo electronico <input type="checkbox"/> Ninguno					
Contacto De Emergencia--- Nombre, Relacion, Numero de Telefono					
<b>Como se Entero de Nosotros?</b> <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Guia Telefonica <input type="checkbox"/> Otro _____					
Caso, La Información					
Medico de Referencia		Medico de Atencion Primaria		Estado <input type="checkbox"/> Casado	
Condición Relacionada con <input type="checkbox"/> EMPLEO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE CARRO <input type="checkbox"/> OTRA		Problema/ Queja    Derecha    Izquierda		<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Empleada	
¿CÓMO LA CONDICIÓN DE OCURRIR?			Fecha de Inicio / /		
Información del Seguro Primario					
SEGURO DE PRIMARIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO		POLÍTICA DE GRUPO #	
ASEGURADO SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO			DIRECCION DEL ASEGURADO		
Ciudad, Estado, Código postal		ASEGURADO TELÉFONO #  ( ) -		FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO  / /	Género M F
Empleador del Asegurado y número de teléfono			RELACIÓN CON EL ASEGURADO		

( ) -		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> NIÑO Otro _____	
<b>Seguro Secundario Información SÓLO SI secundario a Medicare</b>			
SEGURO DE PRIMARIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL	POLÍTICA DE GRUPO #	
ASEGURADO SEGUNDO NOMBRE APELLIDO		DIRECCION DEL ASEGURADO	
Ciudad, Estado, Codigo postal	ASEGURADO TELÉFONO #	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	Género
( ) -	( ) -	/ /	M F
Empleador del Asegurado y número de teléfono	RELACIÓN CON EL ASEGURADO		
( ) -	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> NIÑO Otro _____		

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente al proveedor. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo FYZICAL y mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos.

X \_\_\_\_\_  
 PACIENTE / TUTOR FIRMA Fecha