

**PATIENT INFORMATION**  
**PAIR & MAROTTA PHYSICAL THERAPY**

**NOMBRE COMPLETO:** (APELLIDO) \_\_\_\_\_ (NOMBRE) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_

**DIRECCION** \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial: \_\_\_\_\_

**EMPLEO:** (Si Ud. es menor de 18, favor de poner los empleos de ambos padres aqui y bajo informacion de esposo(a))

Nombre de Compania: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fax de Empleo: \_\_\_\_\_

**ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ Tiempo Completo / Parte de Tiempo

**Nombre de Esposo(a):** \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de Compania de Trabajo: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fax de Empleo: \_\_\_\_\_

**Doctor que lo(a) mando: NOMBRE:** \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Nombre de familiar/amigo(a) que no reside con Ud.: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: ( ) \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

RELACION AL PACIENTE: Esposo(a) \_\_\_\_\_ Hija(o) \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE INDICAR METODO DE PAGO PARA SU TRATAMIENTO (DEDUCIBLE, CO-PAY, CO-ASEGURANZA, ARTICULOS NO CUBRIDOS POR SU ASEGURANZA):** En efectivo \_\_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_\_ Tarjeta de Credito (Visa/Mastercard) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

**PRIMARIO**

**SECUNDARIO**

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

No. de Telefono: \_\_\_\_\_

No. de Telefono: \_\_\_\_\_

ID/SS#: \_\_\_\_\_

ID/SS# \_\_\_\_\_

No. de Grupo/Reclamo \_\_\_\_\_

No. de Grupo/Reclamo \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LASTIMADURA**

Relacionado a Lastimadura?  Si  No Fecha de Lastimadura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Que Tipo: Trabajo Auto Otro

Como ocurrio su lastimadura? \_\_\_\_\_

Abogado: \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_