



FORMA DE REGISTRO

(Por Favor Imprima)

Fecha de Hoy:										
INFORMACIÓN PACIENTE										
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:		Sr. Sra.		Estado Civil:		
								Solo/a Cas Div Sep Enviadado		
¿Es este su nombre legal?		Si no, lo que es su nombre legal?		(Antiguo nombre):			Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo:
Si No										Hombre Mujer
Direccion de calle O Po Box:					Numero Seguro Social:			Numero de Telefono:		
								()		
Ciudad:			Estado:			Codigo Postal:		Numero del telefono celular:		
								()		
Ocupacion:			Trabajo:			Numero del trabajo:				
						()				
Como usted oyo de los nosotros? (Por Favor compruebe uno)			Doctor			Internet			Plan de Seguro	Trabajo
Familia	Amigo	Cerca de casa/trabajo			Yellow Pages		Otro			
Doctor que se refirio (Nombre y telefono):										
INFORMACION DEL SEGURO										
(Por favor de su tarjeta de seguro e identificacion a la recepcionista.)										
Responsable de cuenta:		Fecha de nacimiento		Direccion (si es diferente):				Numero de telefono:		
								()		
¿Esta persona es paciente aqui?		Si No								
Ocupacion:	Trabajo	Direccion del trabajo:						Numero del trabajo:		
								()		
Esta persona tiene seguro?		Si No								
Seguro Primario		[Insurance]		[Insurance]		[Insurance]		[Insurance]		[Insurance]
										\$
Seguro secundario:										
IN CASE OF EMERGENCY										
Nombre de amigo o de relativo living at same address):				Relacion:			Numero de telefono:	Numero de telefono de trabajo:		
							()	()		
<p>La información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento. Asigno por este medio todas las ventajas médicas para las cuales me den derecho a South Mountain Physical Therapy, LLC en el acontecimiento que archivan demandas de seguro en nombre mi. Entiendo que soy responsable de todas las cargas si es pagado o no por el seguro dicho. En el acontecimiento mi cuenta siente bien al delincuente y está por lo tanto a falta de pago, yo acepta la responsabilidad de la cantidad principal que debe así como todo el coste razonable asociado a la colección de esta deuda. El interés se puede cargar en la cantidad de el 1% por el mes (el 12% anualmente) para los equilibrios sin pagar durante 60 días de viejo. Autorizo por este medio al cesionario dicho a lanzar toda la información necesaria asegurar el pago de las ventajas dichas. Una copia de esta asignación estará según lo considerado como eficaz y válido como la original. Consiento por este medio a tal tratamiento de los personales autorizados de South Mountain Physical Therapy, LLC como puede ser dictado por práctica médica prudente por mi enfermedad, lesión o condición. Este consentimiento se piensa como renuncia de la responsabilidad por tal tratamiento excepto en actos de la negligencia.</p>										
Paciente/Guardador Firma:						Fecha				