



**701 N. Highland Springs Avenue, Suite 6
Beaumont, California 92223
(951) 769-0300**

Apellido:		Nombre:		Inicial, segundo nombre:
Direccion:		Ciudad:		ZIP:
Seguro Social #:		Telefono#:		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estado Civil: C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:	Estatura:	Peso:	
En caso de emergencia llame a:			Telefono:	

Compania/lugar de trabajo:		Telefono:	
Direccion:	Ciudad:	ZIP:	

Condiciones Medicas			
Diabetis <input type="checkbox"/>	Fuertes dolores de cabeza <input type="checkbox"/>	Implantes metalicos <input type="checkbox"/>	Otra cosa <input type="checkbox"/>
Marca Paso <input type="checkbox"/>	Alta presion <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazon <input type="checkbox"/>	Cancer <input type="checkbox"/>
Convulciones <input type="checkbox"/>	Trastornos nerviosos <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Explique mas acerca de las condiciones que ha marcado arriba: _____			
Anote todas las medicinas que toma para esas condiciones: _____			

Razon para terapia:	Fecha de la lastimadura/herida:
¿Cómo se lastimo o hirio?	
¿Ha recibido tratamiento para su condicion presente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿En que lugar?	
¿Esta empleado actualmente? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ocupacion:

Para ceder u obtener informacion	
<ul style="list-style-type: none"> • Toda informacion en esta pagina y la siguiente es correcta y verdadera. Por la tanto acepto el tratamiento. • Doy mi consentimiento a Adorador Enterprises Inc. DBA Pass Physical Therapy para que ceda informacion verbal o escrita contenida en mi archivo medico y otra informacion relacionada a mi aseguranza, enfermera de rehabilitacion, al ancargado de mi caso, abogado, lugar de trabajo, escuela, otros proveedores de cuidado medico, personas asignadas o beneficiarios y otras personas relacionadas con mi tratamiento. • Autorizo a Adorador Enterprises Inc. DBA Pass Physical Therapy para obtener archivos medicos y/o informacion profesional de mis medicos u otros profesionales relacionados con mi caso. • Se puede usar informacion sin consentimiento del paciente solo para verificar la callidad de la aseguranza. • He leído y comprendo todo lo relacionado a ceder y obtener informacion aquí mencionado. 	
Firma del paciente o guardian:	Fecha:

Asignacion de Beneficios y Granatia de Pago

- Autorizo pago de beneficios directamente a Pass Physical Therapy. Esta es una directa asignacion de mis derechos y beneficios bajo este arreglo.
- Estoy de acuerdo en pagar a Adorador Enterprises Inc. DBA Pass Therapy o la entidad mencionada arriba, por los servicios que me ha provisto. Si alguna ley, tal como compensacion de trabajo contratos de aseguranza prohiben pagos por estos servicios cooperare y asistire para proveer informacion, autorizacion o ceder cualquier clase de informacion para el pronto pago de un tercer intermediario. Donde la ley o al contrato de aseguranza no me prohiben que pague, acepto mi responsabilidad de pagar todo lo que se deba.
- Si la informacion provista por mi aseguranza no es precisa, o si poliza ha cambiado su cobertura me hago responsable por pagar por los servicios que se me han hecho.
- Ademas, acepto los requisitos de este acuerdo como obligatorios aunque puede haber otras transaccioles legales en progreso o iniciadas durnte o despues de mi tratamiento a menos que haya llegado a un acuerdo entre i y un representante de Adorador Enterprises Inc. DBA Pass Physical Therapy.
- Una foto-copia de este documento se aceptara tan valida como el documento original.

Firme del paciente o guardian:

Fecha:

Aviso de las Normas de Privacidad (HIPAA Acknowledgement/Consent)

- Por la presente testifico que he recibido una copia del Aviso de las Normas de Pricacidad de parte de Pass Physical Therapy.
- Ademas, doy mi consentimiento para el uso de informacion personal de mi salud en lo que respecta a tratamientos, pagos u otros usos relacionados.

Firme del paciente o guardian:

Fecha:

Formulario para Informacion del Medicare

Nombre del Beneficiario:

Numero del HIC:

- Demando que pagos autorizados por Medicare Benefits sean hechos a mi o en mi lugar, a Pass Physical Therapy for sus servicios a mi por su doctor o asistentes. Ademas, autorizo que toda informacion medica respecto a mi sea hecha accesible a Health Care Financial Administration y sus agentes para determinar pagos de beneficios o servicios relacionados.
- Comprendo que mi peticion firmada autoriza pagos y cade informacion medica para determinar la cantidad apropiado para esta demanda. Si el item 9 de la demando HCFA-1500 esta hecho, mi firma autoriza que se de informacion a la aseguranzao o agencia alli designade. En casos asignados a Medicare el medico o sus asistentes estan de acuerdo en aceptar las cantidades que Medicare determine como pago completo y el descuento, costo adicional de la aseguranza son computados por la entidad que usa Medicare.

Firme del Beneficiario:

Fecha: