

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero Social \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_Codigo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Telefono celular \_\_\_\_\_  
Empleo \_\_\_\_\_ Telefono del empleo \_\_\_\_\_  
Direccion de Empleo \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_Codigo \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia, llame \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Como escucho sobre Dynamic Rehab? \_\_\_\_\_

## CIRCULE UNO: ESPOSO(A) / PARIENTE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O ESTUDIANTE)

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Telefono del empleo \_\_\_\_\_  
Direccion (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_Codigo \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero Social \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_

## INFORMACION MEDICA - POR FAVOR CONTESTE

Razon por su visita \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_ Si fue accidente, fecha de herrida \_\_\_\_\_  
Quien lo referio \_\_\_\_\_ Doctor Familiar \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA: Tiene historia de:

Alta pression	Y	N	Pacemaker	Y	N
Condicion del Corazon	Y	N	Asthma	Y	N
Embolio	Y	N	Ataques Epepticos	Y	N
Diabetes	Y	N	Cancer	Y	N
Problemas Orthopedicas	Y	N	Esta usted embarazada ?	Y	N

Condiciones \_\_\_\_\_  
Operaciones (Explique) \_\_\_\_\_  
Medicamentos (Lista) \_\_\_\_\_

## SI SU HERRIDA FUE EN SU TRABAJO

Empleo durante fecha de herrida \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_  
Telefono del empleo \_\_\_\_\_ Fecha de herida \_\_\_\_\_ Claim No. \_\_\_\_\_  
Nombre, Direccion, Telefono del azeguranza de worker's comp \_\_\_\_\_

## SI SU HERIDA ES RELACIONADO CON ACCIDENTE DE AUTOMOBIL

Compania de azeguranza \_\_\_\_\_ Agente \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fecha de accidente \_\_\_\_\_ Claim No. \_\_\_\_\_

## SI HA CONSEGUIDO UN ABOGADO SOBRE SU ACCIDENTE

Nombre de Abogado \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_

## AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION•ASSIGNMENT OF BENEFITS•AGREEMENT/CONTRACT

I hereby authorize Dynamic Rehab to release to the insurance company(s) and/or attorney named above any information acquired in the course of my examination or treatment (if patient is a minor, parent or guardian sign).

I hereby agree to full responsibility for all expenses incurred by or on account of this patient and hereby assign to Dynamic Rehab any and all insurance and settlement benefits due me to the full extent of my financial obligation to said clinic.

I understand my insurance coverage is a relationship between myself and my insurance company and I agree to accept financial responsibility for payment for charges incurred. I understand that in the event of non-payment, I will bear the cost of collection and/or court costs and reasonable legal fees should this be required. I understand that a \$25.00 no-show fee will be charged for each appointment that I do not give 24 hours cancellation notice.

To the best of my knowledge, the information I have given is accurate and I give permission to treat me as a patient.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha