



First State Physicians

Physical Medicine & Rehabilitation Center

Kevin J. McDermott, D.C.

MR #: _____

Informacion Personal

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: M F Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ SS#: _____

Estado Civil: (escoga uno) Soltero Casado Divorciado Viudo

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono #: _____ Celular #: _____

Recordatorio de citas: (escoga uno) texto telefono email

Direccion de correo electronico: _____

Contacto de emergencia: _____ telefono: _____

Seguro: Trabajo Seguro de Auto Medico

Tienes seguro? Si _____ No _____

Informacion De Seguro

Seguro Primario	Seguro Secundario
Compañía de seguros:	Compañía de seguros:
Numero de poliza:	Numero de poliza:
Relacion con el paciente:	Relacion con el paciente:
Fecha de nacimiento del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Numero de grupo:	Numero de grupo:
Numero de poliza:	Numero de poliza:

Tenga preparada su tarjeta de seguro y su licencia de conducir listo para que puedan ser copiado para registros de clinicas.

Consentimiento para el Tratamiento

Asignacion & Liberacion- Fimando a continuacion, yo autorizo First State Physicans liberar registros medicos requerido por mi a la compania de sergueros. Autorizo a mi compania de seguro(s) para pagar beneficios directamente a Frist State Physicans y acepto que una copia reproducida de esta autorizacion y sere tan valido como el original. Entiendo que soy reponsable de cualquier cantidad no cubierto por mi seguro, o cualquier cantidad para un paciente para el que garantizo. Acepto sere reponsable para cualquier agencia de cobranza o honorarios de abogados incurridos. Entiendo que al firmar a continuacion, doy mi consentimiento por escrito para uso y divulgacion de proteccion para informacion de salud para tramiento, pago y operaciones de atencion medica. Firmando a continuacion, doy mi consentimiento para el examen y el rendimiento o procedimientos de cualquier prueba necesarios. Si el paciente es menor de edad al firmar doy mi consentimiento para el examen, prueba y procedimientos para el paciente menor anterior.

Firma _____ Fecha _____