



For official use only: Physical Therapist: _____ Diagnosis Code(s):
--

35 S. Louisiana St. Kennewick, WA 99336 • Teléfono 1-509-582-0429 • FAX 1-509-582-1182
E-mail Address: kennewick@columbiapt.net

Nombre del Paciente: _____ Num. de Teléfono: _____
Domicilio: _____ Teléfono Celular: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cod. Postal:** _____ Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento _____ Masculino Hembra Num. de Seg.Soc.: _____
Empleador: _____ Estudiante Num. de trabajo: _____
Domicilio de Empleador: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Cod. Postal:** _____
Medico de Referencia: _____ **Domicilio de Medico:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cod. Postal:** _____ **Num. de telefono** _____
Si Casado: Nombre de esposo/a: _____ **Empleador:** _____
Teléfono Celular: _____ **Num. de trabajo:** _____ **Próxima visita al médico** _____

FAVOR DE LLENAR SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Nombre de madre/guardian: _____ **Domicilio:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cod. Postal:** _____ **F. de N.:** _____
Empleador: _____ **Domicilio de Empleador:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cod. Postal:** _____ **Num. de teléfono:** _____
Nombre de padre/guardian: _____ **Domicilio:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cod. Postal:** _____ **F. de N.:** _____
Empleador: _____ **Domicilio de Empleador:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cod. Postal:** _____ **Num. de teléfono:** _____

Contacto de Emergencia (No viviendo con Usted) Nombre: _____ **Num. de teléfono:** _____

Le autorizo a Columbia Physical Therapy, Inc. P.S. el uso y revelacion de infomación de salud y médica para facilitar tratamiento, pago, y operacion de cuidado de salud. Bajo toda circunstancia asumire responsabilidad final de mi cuenta con el entendimiento de, al no mantener mi cuenta al corriente, pagare cargos financieros y caros de corte y abogado. Acepto servicios de terapia fisica recetada por cualquier médico. Autorizo pago de beneficios médicos por mi aseguranza a Columbia Physical Therapy, Inc. P.S. para todo servicio. He recibido el Aviso de Practicas Privadas de esta clinica escritas en lenguaje sencillo.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Autorización para la Divulgación de la Información: Autorizo el intercambio de información médica a la persona(s) mencionada a continuación:

- Toda información médica y de facturación Sólo información de las citas

Letra de Imprenta Nombre de la persona

Relación

Letra de Imprenta Nombre de la persona

Relación

Firma

Fecha