

Close

physical therapy

Physical Therapy and Rehabilitation Centers

INFORMACION DE CONYUGE O GUARDIAN:

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ - _____ - _____

RELACION _____ # DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO :

NOMBRE DE SEGURO MEDICO _____

NOMBRE DEL SEGURO(A) _____ # de I.D./GRUPO/PLAN _____

DIRECCION _____ Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO _____

SEGURO MEDICO #2 _____

NOMBRE DEL SEGURO(A) _____ # de I.D./GRUPO/PLAN _____

DIRECCION _____ Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO _____

COBRO AL SEGURO MEDICO

Jack D. Close & Associates Physical Therapy and Rehabilitation Center, procesara su seguro medico, como cortesia a usted, basado en la informacion que usted nos provee. Encaso de que su seguro medico niegue el pago a los servicios dados a usted, los cobros seran su responsabilidad. Es su responsabilidad de estar informado de sus beneficios, encuanto a su seguro medico. Los pasientes con Medicare son responsables del 20% de lo que no cubre Medicare.

CANCELACIONES

Nosotros requerimos 24 horas de notificacion para canelar su cita. Hay un cobro de \$25 si no se cancela su cita y si no llega a su cita. Es su responsabilidad de pagar los \$25. x _____

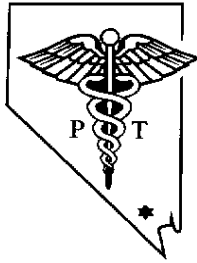
AUTORIZACION DE LIBERACION DE RECORDS

Autorizo la liberacion de mi expediente a mi medico personal, otro medico apropiado, abogado, pagador, o seguro medico, de cualquier informacion incluyendo diagnosis y tratamiento hacia mi personalmente o a mi hijo(a) durante el periodo de cuidado. Reconosco que esto permitara a Jack D. Close & Associates cobrarle a mi seguro medico. Autorizo a mi seguro medico que pague directamente a Jack D. Close & Associates Physical Therapy. Entiendo que mi aseguranza podra pagar menos de lo que actualmente fue cobrado para mis servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable en pagar los services dados a mi personalmente o a mi dependiente.

FIRMA **X** _____ FECHA: _____

Para su conveniencia aceptamos los sigientes metodos de pago: pago al contado, cheque personal, y Visa/MasterCard. Gracias por su tiempo en llenar esta forma. La informacion con que usted nos proveo nos ayudara en asistirle con mas eficiencia.

SERVING LAS VEGAS FOR OVER 40 YEARS



Close

physical therapy

Physical Therapy and Rehabilitation Centers

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____

FECHA DE SERVICIO: _____

TIPO DE SERVICIO: TERAPIA FISICA

Antes de procesar sus cobros, necesitamos respuestas a las siguientes preguntas.

1. CUANDO sucedio su enfermedad o lesion? _____
2. Su enfermedad es debido a un accidente de auto?: () Si () No
 - a. Si su respuesta es "si," tiene un abogado?: () Si () No
 - b. Nombre de abogado _____
3. DONDE sucedio su enfermedad or lesion? _____
4. COMO sucedio su enfermedad o lesion? _____
5. Su enfermaedad o lesion fue culpa de otra persona? () Si () No
6. Su enfermedad o lesion es relacionado a su trabajo? () Si () No
7. Cuando se lesion, lo report a su empleador? _____
8. Ha recibido o espera recibir beneficios de Compensacion para Trabajadores? () Si () No

Esta forma sera enviada a su seguro. Por favor comuniquese con su aseguranza si tiene alguna pregunta sobre esta forma.

FIRMA del PACIENTE/ CUSTODIO _____ FECHA _____

TESTIGO _____ FECHA _____

SERVING LAS VEGAS FOR OVER 40 YEARS

