PERFORMANCE
PHYSICAL THERAPY
OF NAPLES, INC.

Complete Orthopedic, Sports, and Spine Rehabilitation

REGISTRACION DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA: _____
NOMBRE APELLIDO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____-_____-_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SEXO: M ____ F ____ SOLTERO ____ CASADO/A ____ VIUDO/A ____ DIVORCIADO/A ____ SEPARADO/A _____

DIRECCION LOCAL: _____
P.O. BOX DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONO DE SU CASA: (____) _____-_____ TELEFONO FUERA DEL ESTADO: (_____) _____-_____

TELEFONO DE SU TRABAJO: (____) _____-_____ TELEFONO CELULAR: (_____) _____-_____

DIRECCION FUERA _____
DEL ESTADO: P.O. BOX DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

GARANTE: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

SEGURO PRINCIPAL: _____

ES USTED EL PORTADOR DEL SEGURO? SI NO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____ SS#: _____

NUMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

SEGURO SECUNDARIO/ SUPLEMENTARIO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:__ _____ SS#: _____

NUMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

SI ESTO FUE POR UN ACCIDENTE POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

COMPANIA DE SEGURO DE AUTOMOVIL: _____ NUMERO DE CASO: _____

NOMBRE DEL ADJUSTADOR DEL CASO: _____

TELEFONO DEL ADJUSTADOR: (_____) _____-_____ FECHA DEL ACCIDENTE: _____

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____

Yo entiendo que si no cancelo una cita 24 horas por adelantado me podran cobrar un recargo de $25.00.

_____ _____
Firma del paciente Fecha