



1429 S. Pioneer Way, Moses Lake, WA 98837 • Phone 1-509-765-9608 • FAX 1-509-766-0481

Nombre del Paciente: _____ Número de teléfono de casa: _____

Domicilio: _____ Número de celular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico : _____

Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer Número de seguro social: _____

Empleador: _____ Estudiante Número de teléfono del trabajo: _____

Nombre de su cónyuge: _____ Número de teléfono : _____

Por favor complete la siguiente información SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Nombre de la madre/Tutora: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Yo doy autorización para que Columbia Physical Therapy, Inc. P.S. use y divulge mi información de salud y medica únicamente por el propósito de mi tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de salud. Bajo toda circunstancia yo asumo la responsabilidad final de mi cuenta por si los pagos se retrasan demasiado, yo acepto pagar los gastos retrasados, gastos de corte, y de abogado. Yo doy permiso para que se lleve acabo los servicios de terapia física recetados por cualquier médico. Doy autorización para que mi póliza de seguro pague los servicios médicos dados a Columbia Physical Therapy, Inc. PS. He recibido esta nota de Práctica de Privacidad en lenguaje simple y entendible.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para divulgar información: Yo doy autorización para que se divulge mi información a la persona mencionada abajo:

Toda la información Médica y Financiera Solo información referente a mis citas

Nombre de la persona

Relación

Nombre de la persona

Relación

Firma

Fecha