



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