



Formulario de Admisión para la Fisioterapia y Medicina Deportiva

Los pacientes tienen la responsabilidad de estar enterados de sus beneficios de seguro.

¿Ha tenido fisioterapia este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es que sí, indique cuántas visitas:	
¿Fecha que usted volverá a ver a su médico:			
Nombre de paciente:		Edad y fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección postal:	Ciudad:	Código postal:	
Dirección domiciliaria:	Ciudad:	Código postal:	
Teléfono de casa:	Celular:		
Número de seguro social:	Email:		
Estado civil:	Nombre y fecha de nacimiento de el/la cónyuge:		
Nombre del contacto para emergencias y el parentesco con el paciente:	Núm. de teléfono del contacto para emergencias:		

Para Pacientes con Medicare

Fecha de retiro o discapacidad:	Fecha de retiro de el/la cónyuge, si corresponde:
---------------------------------	---

Para Casos de Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales, o de Accidentes de Tránsito

La condición del paciente está relacionada con: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Ha tenido fisioterapia para esta lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es que sí, indique el número de visitas:
Nombre de la compañía de seguros:		
Fecha de la lesión:	Núm. de reclamación:	Estado donde sucedió el accidente:
Nombre del ajustador de seguros:	Teléfono:	Fax:
Empleador al momento del accidente:		Teléfono de empleador:
Dirección de empleador:		

253 Rhine Village Drive, Washington 98672 | Teléfono: 509-493-5119 | Fax: 509-493-2435