

A BETTER LIFE d/b/a ABLE PHYSICAL THERAPY

35 JOURNAL SQUARE PLAZA, FIFTH FLOOR JERSEY CITY, NJ 07306

Tel: (866) 9NJ-ABLE/965-2253 Fax: (877) 9NJ-ABLE/965-2253

Bienvenidos a nuestra clínica! Esperamos que su estancia sea lo más placentera posible. Con el fin de servirle con la mejor de nuestras capacidades y para cobrarle a su seguro, y no usted, por la facturación de nuestros servicios, por favor, llene el siguiente document en su totalidad. Esperamos con interés trabajar con usted para alcanzar sus objetivos de la terapia!

Para uso de la oficina solamente: ___ Paciente Nuevo ___ Paciente Existente
(Cambio en la información. Ingresado por _____)

FECHA DE HOY: ____ / ____ / ____ (Entró en EMR por _____)

PACIENTE INFO: (Seguros verificado por _____)

APELLIDO:		NOMBRE:		INICIAL:	
GÉNERO: Masculino ___/ Femenino _____		SS #		FECHA DE NAC: / /	
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		ESTADO:		Código Postal:	
TEL:		FAX:		CELL:	
EMAIL:				ESTADO CIVIL:	
MEDICO DE CABECERA:				TELEFONO:	
DIRECCION:					

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR - Por favor, llene la siguiente información sobre su empleador actual.

NOMBRE DEL EMPLEADOR:		
DIRECCIÓN:		
TELEFONO / EXT:	FAX:	EMAIL:
SUPERVISOR Nombre y cargo:		
SU OCUPACIÓN (Incluye años de trabajo y descripción):		

INFORMACION del Responsable / Asegurado - si usted es menor de edad o su cónyuge es el asegurado responsable, por favor, llene el siguiente.

NOMBRE DEL ASEGURADOR PRINCIPAL:		
RELACIÓN CON USTED:	SS #:	FECHA DE NAC: / /
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
TEL:	TRABAJO:	CEL:
EMAIL:	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL EMPLEADOR:	GÉNERO: Masculino ___/ Femenino _____	
DIRECCIÓN:		
Teléfono / Extensión:	FAX:	EMAIL:

PRINCIPAL COMPAÑÍA DE SEGUROS INFO - por favor proporcione la siguiente información para su principal compañía de seguro de salud.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
NOMBRE DE POLÍTICA:	
ASEGURADO SS #:	FECHA DE NAC DEL ASEGURADO: / /
COMPAÑÍA DE SEGUROS DIRECCIÓN:	
POLÍTICA / MIEMBROS ID #	GRUPO #
Nombre del ajustador:	EMAIL:
TELÉFONO:	FAX:

INFORMACION DE LA COMPANIA DE SEGUROS SECUNDARIA - por favor proporcione la siguiente información para su principal compañía de seguro de salud.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
NOMBRE DE POLÍTICA:	
ASEGURADO SS #:	ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO: / /
COMPAÑÍA DE SEGUROS DIRECCIÓN:	
POLÍTICA / MIEMBROS ID #	GRUPO #
Nombre del ajustador:	EMAIL:
TELÉFONO:	FAX:

TRABAJADORES DE INDEMNIZACIÓN O ACCIDENTE DE VEHICULO / LESION PERSONAL - por favor proporcione la siguiente información en lo que respecta a usted.

WC / AUTO SEGURO DE NOMBRE DE LA EMPRESA:	
RECLAMO #:	
Póliza:	FECHA DE LA LESIÓN: / /
COMPAÑÍA DE SEGUROS DIRECCIÓN:	
Nombre del ajustador:	EMAIL:
TELÉFONO:	FAX:
NOMBRE DEL GERENTE DEL CASO:	EMAIL:
TELÉFONO:	FAX:
Nombre del Abogado:	EMAIL:
TELÉFONO:	FAX:
Dirección del Abogado:	
MVA / PIP PLS MARQUE UNO: conductor, del pasajero de los peatones / Public Vehículo / Slip and Fall / Otros	

¿TIENE USTED UNA RECETA? _____

OMS debemos agradecerle que se le remita a los EE.UU.? ¿CÓMO SE ENTERÓ DE EE.UU.? POR FAVOR INCLUYA NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU FUENTE DE (MEDICO, ABOGADO, PACIENTE, ETC).
