

Rehabilitation Physicians of Georgia, P.C.

Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer nombre                      Segundo nombre

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de

Dirección: \_\_\_\_\_ No. de apartamento: \_\_\_\_\_

Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ciudad, \_\_\_\_\_ Estado, \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo: H - M

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera/o Casada/o Divorciada/o Viuda/o

Teléfono Celular/Pager: \_\_\_\_\_

Persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del conyugue: \_\_\_\_\_

Teléfono para emergencias: \_\_\_\_\_

Donde trabaja: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Información para los

Seguros

Si este es un reclamo al Workers' Compensation, no llene la Parte A. Siga con Parte B.

Parte A

Seguro Principal: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Envíe el reclamo a: \_\_\_\_\_

Envíe el reclamo a: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Relación: Mismo \_\_\_ Esposa/o \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_

Relación: Mismo \_\_\_ Esposa/o \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_

Parte B

\_\_\_ Workers' Compensation      \_\_\_ Accidente de Automóvil      (Por favor indique uno)

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Envíe el reclamo a: \_\_\_\_\_

:Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Encargado del caso: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Reclamo No. \_\_\_\_\_

Por favor lea y firme: Yo doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de un profesional en el campo de la medicina asociado con Rehabilitation Physicians of Georgia, PC. Autorizo el informar, dar a conocer, o compartir la información necesaria sobre mi salud a las oficinas de otros doctores, a la compañía de seguros, al abogado, y/o al hospital. Autorizo que los pagos por beneficios médicos sean enviados directamente al médico por sus servicios prestados. Entiendo que soy totalmente responsable de los cargos no pagados, o no cubiertos por my compañía de seguros.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente / Padre / Madre / Tutor o Guardián