

Nombre:	Fecha:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Numero de Celular:	Telefono de Casa:	
Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:	
Sexo: Masculino or Femenino		
Correo Electronico:		

Su Visita De Hoy Es Relacionado:  Lesión de trabajo  Auto:  Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

Seguro Medico  Si  No      Esta Embarazada?  Yes  NO

información de su Trabajo

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	
Supervisor:	
Contacto de emergencia /Esposo o Esposa:	Teléfono:

**TRANSFERENCIA DE BENEFICIOS DE SEGURO Y LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

Certifico que yo o mi dependiente (s) tengo/tienen (n) cobertura con \_\_\_\_\_. Autorizo la transferencia de beneficios a RNS Physical Therapy. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos o no pagado por el seguro. Autorizo el use de mi firma en las reclamaciones de seguros.

RNS Physical Therapy puede usar mi información de salud y podrá revelar esta información a compañías de seguros(s) asignado a mi reclamo para determinar beneficios relacionados con mi tratamiento y obtener los pagos por los servicios de tratamiento.

Esta autorización terminará cuando se haya completado el plan de tratamiento actual o cuando la cuenta se paga en su totalidad.

Al firmar este registro autoriza tratamiento y reconoce la declaración anterior.

X	Fecha:
---	--------

Como fue que nos conoció:

# Paciente Reconocimiento

Para el uso y/o divulgación de información de salud protegida  
Para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la Salud

Para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la Salud:

1. El Aviso de Privacidad de práctica ha sido siempre para mí antes de mi firma este consentimiento. El aviso de privacidad incluye una descripción completa de la utilización y/o divulgación de mi información de salud protegida es necesario para la práctica de proporcionar tratamiento para mí, y también es necesario para la práctica para obtener el pago para que el tratamiento y para llevar a cabo operaciones de cuidados de la salud. El aviso de privacidad incluye una descripción completa de la utilización y/o divulgación de mi información de salud protegida es necesario para la práctica de proporcionar tratamiento para mí, y también es necesario para la práctica para obtener el pago para que el tratamiento y para llevar a cabo operaciones de cuidados de la salud. La práctica se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en su Aviso de privacidad, en conformidad con la legislación aplicable.
2. La práctica de "Aviso de Prácticas de Privacidad" también se proporciona en la práctica sala de espera. Yo también puede solicitar una copia de esta oficina en cualquier momento por correo.

**He leído y entendido el aviso anterior, y a todas mis preguntas han sido contestadas en mi plena satisfacción en una manera que yo pueda entender.**

**Emprime Nombre del Paciente**

(primer) \_\_\_\_\_ (apellido) \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente (X)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_