WEST POINT

PHYSICALTHERAPYCENTER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Domicilio _____ _____ ___ _____
Ciudad Estado Cód. Postal

Teléfono Particular (___)____ - _____ Teléfono laboral (___) _____ - _____

Fecha de Nacimiento _____/ ___/ ____ S. S. #_____ D. L. #_____ Sexo M F

Empleador _____ Nombre del Doctor _____

Domicilio _____ Fecha de la lesión _____

Ciudad _____ Cód. Postal _____ Fue un accidente? SI NO

Seguro Primario _____ Nombre del Abogado _____

Nombre del asegurado _____ Teléfono (____) _____

I.D.# _____ Quién es responsable de esta cuenta? _____

Seguro secundario _____ A quién podemos agradecerle por haberlo referido?_____

Nombre del asegurado _____

Asignación de Beneficios

Yo, el abajo firmante, poseo cobertura de seguro de salud con _____ y asigno directamente a West Point Physical Therapy todos los beneficios médicos que pudieran corresponder, que de otro modo me hubiesen sido pagados a mí directamente. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, los pague o no la compañía de seguros. Autorizo por la presente a que West Point Physical Therapy entregue toda la información necesaria para asegurar el pago de los servicios. Autorizo a que se utilice esta firma en todos las presentaciones a la compañía de seguros.

_____ _____
Firma del Asegurado/Tutor Fecha

Autorización de Medicare

(Pacientes de Medicare únicamente)

Por la presente solicito que todos beneficios de Medicare que me correspondan sean abonado a mí o en mi nombre a West Point Physical Therapy por los servicios recibidos de West Point PT. Autorizo a todos los poseedores de información médica a que la liberen a la administradora de beneficios de salud y/o sus agentes toda vez que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios previstos por servicios relacionados. Entiendo que al firmar este documento autorizo a que se efectúe el pago y que se libere la información necesaria para pagar el reclamo. Si en el ítem 9 del formulario CMS-1500 dice "other health insurance" (otra aseguradora médica) o en otro formulario aprobado o transmitido electrónicamente, mi firma autoriza que se libere la información a la aseguradora indicada. En casos asignados a Medicare, el Terapista Físico o proveedor acepta los cargos determinados por Medicare o su agente como el total de los cargos, siendo el paciente responsable únicamente por el deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se determinará en base a lo informado por Medicare.

_____ _____
Firma del Beneficiario **Fecha**