



**Forma de Admision de Paciente**

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

Direccion: \_\_\_\_\_  
                   calle                    ciudad                    estado                    codigo postal

Sexo: Masculino/Feminino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono principal: \_\_\_\_\_ Telefono Secunadrio: \_\_\_\_\_

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Medico Remitente: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Informacion de Empleo**

	Tiempo Completo	Medio Tiempo
Empleado		
Desempleado		
Retirado		
Estudiante		
Trabajadores de cuenta propia		
Militar Activo		

**Informacion del Seguro**

Compañia de Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono del Seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de herdia/sintomas: \_\_\_\_\_

Esta buscando tratamiento como resultado de una lesion relacionada con el trabajo? Si/No

Estas buscando tratamiento a causa un accidente automovilistico? Si/No

Estas en una demanda a causa sus heridas/sintomas? Si/No

Autorizo y solicito la compañía de seguro mencionada anteriormente que pague los beneficios o servicios prestados. Autorizo a Optimum Care Physical Therapy para usar y divulgar toda la informacion medica necesaria para procesar mis reclamos de seguro de salud.

\_\_\_\_\_   
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_   
Fecha