

**INFORMACION PERSONAL**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SS# (Número de seguro social): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tiene una **directiva anticipada para el cuidado de la salud**?  Si  No

**SEXO: MASCULINO O FEMENINO**

Razón por la visita: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE EMPLEO:**

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ PT / FT

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

*Alguna vez te han visto en el departamento de PM&R? Si / No Si es si, cuando? \_\_\_\_\_*

**PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO:**

Apellido del garante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Auth#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**EMPLEO DEL GARANTE (si no es el paciente):**

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ PT / FT

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Su firma a continuación certifica que la información en este formulario es completa y precisa. También proporciona aprobación para que su compañía de seguros actualice su información actual.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_