

**SYNERGY PHYSICAL THERAPY**  
**Información del paciente / Consentimiento:**

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

Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Número Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de seguridad: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Por favor circule:**      Estado civil: S   M   D   W      Género: M      F

**Información de Contacto en caso de Emergencia:**

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Información del seguro:**

**Seguro primario:**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

**Compensación de trabajadores / Información de vehículos de motor:**

Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de reclamo: \_\_\_\_\_

Ajustador de seguros: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del ajustador de seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de accidente o lesion: \_\_\_\_\_

**Solo para compensación de trabajadores:**

El Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**Consentimiento: (Por favor inicial en cada línea)**

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para tratamiento:** doy mi consentimiento para la rehabilitación y los servicios relacionados a PT de sinergia. Hacer para entender, reconocer y afirman que dicha rehabilitación y los servicios relacionados pueden implican contacto corporal, caricias, y / o contacto de una naturaleza delicada, incluyendo pero no limitado a las zonas de mi cuerpo que puedo considero sensible o privado directo.

\_\_\_\_\_ **Responsabilidad:** conozco y estoy de acuerdo que sinergia PT no es responsable por pérdida o daño de objetos personales de valor.

\_\_\_\_\_ **Renuncia y liberación:** Yo herby liberación, descarga y absolver a sinergia PT, sus agentes, representantes, afiliados, empleados, o cesionarios de y de cualquier y toda responsabilidad, reclamación, demanda, daño, causa de acción, o la pérdida de cualquier tipo que surjan de o como resultado de mi negativa a aceptar, recibir, o que los servicios de emergencia o médicos, incluyendo pero no limitado a los servicios de ambulancia servicios, técnico en emergencias médicas, físicas o atención de urgencia.

\_\_\_\_\_ **Autorización de pago:** Yo herby que asignar todos los beneficios directamente a sinergia PT y también autorizar la liberación de los registros médicos necesarios para procesar reclamaciones médicas. Entiendo completamente que en el caso de mi compañía de seguros o financiera responsable no paga por los servicios que recibe, seré financieramente responsable del pago.

\_\_\_\_\_ **Nota de privacidad:** acuso recibo de la notificación de prácticas de privacidad.

**Certifico que toda la información aquí provista es verdadera y correcta.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_