

3145 Rosecrans St., Ste. F
San Diego, CA 92110
(619) 223-7175
(619) 223-7030 FAX

EDWARD AYUB, M.S., P.T.
ORTHOAEDIC & SPORTS
PHYSICAL THERAPY

3450 Bonita Rd., Ste. 105
Chula Vista, CA 91910
(619) 425-1084
(619) 425-1858 FAX

INFORMACION DE PACIENTE

NOMBRE: _____ TEL() _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO: _____

FECHA NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD _____ DOCTOR : _____

SEGURO SOCIAL: _____ SEXO: M F ESTADO CIVIL: Casado Soltero Otro

FECHA DE ACCIDENTE: _____ DIA DE SIRUGIA: _____

INFORMACION DE EMPLEADO

EMPLEADO: SI NO

ESTUDIANTE: SI NO / TIEMPO COMPLETO TIEMPO MEDIO NINGUNO

TRABAJO: _____ EMPL/ESCUELA: _____

TEL: _____ DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____ CODIGO _____

EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ RELACION _____ TEL() _____

ESPOSO(A)/INFORMACION DE PADRE (SI ASEGURANZA ESTA A NOMBRE DE ELLO)

NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___

SEGURO SOCIAL: _____

RELACION/EMPLEADO: _____ TEL: () _____

ARREGLOS FINANCIEROS Y AUTORIZACION DE PAGOS

Yo entiendo que sere economicamente responsable por cualquier cargo ajustado a mi cuenta que mi aseguranza no cubra. Tambien estoy de acuerdo que en cualquier momento de no pagar, mi caso sera tratado por una agencia de coleccion y sere responsable por cualquier tarifa. Entiendo que tambien sere responsable por costos legales o de corte en caso de que sea necesario. Cualquier cuenta que haya expirado despues de 90 dias, se le cargara el 10% a la cuenta cada año. Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autirizacion sea tan valida como el documento ariginal. Yo autoryo los pagos de beneficios medicos a Edward Ayub Orthopaedic and Sports Physical Therapy por los servicios descritos en la forma HCFA-1500. Yo autorizo la liberacion de mi informacion medica cuando sea necesario. Si su accidente es relacionado con su trabajo primero optendremos la autorizacion por parte de la compensacion de trabajadores. Sera la responsabilidad de su ajustador que todos los pagos se hagan por los servicios de fisioterapia que usted haya recibido. **Yo entiendo yo acepto la responsibilidad de llamar durante las 24 horas para cansilar visita de terapia.**

X _____
FIRMA

X _____
FECHA

X _____
FIRMA DE PADRE/TUTOR

X _____
FECHA

Su Doctor le receto fisioterapia a usted. Fisioterapia es un tratamiento el cual requiere su asistencia, para que usted pueda beneficiar de su fisioterapia se requiere su asistencia constante. Si no atiende a sus citas, salamente se estara perjudicando a si mismo.

GRACIAS POR PREFERIR EDWARD AYUB PHYSICAL THERAPY!!!!