# Chicago Rehabilitation Services, Inc.

# Registración

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de hoy \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nombre de su Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| INFORMACION DEL PACIENTE (Demuestre su ID a la recepcionista) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido | | | | | | | | Nombre | | | | | | | | | | Segundo nombre | | | | ❑ Sr. ❑ Sra.  ❑ Srta. | | | Estado Civil (Circule una) | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Soltero / casado / Divorciado / Separado / Viudo | | | |
| Es este su nombre legal? | | | Si no es, cuál es? | | | | | | | | | | | | | Nombre de Soltero | | | | | | | | Fecha de nacimiento | | Edad | Sexo | |
| ❑ Si | ❑ No | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | / / | |  | ❑ M | ❑ F |
| Dirección de su domicilio | | | | | Ciudad | | | | | | Estado | | | | | Zona Postal | | | | | Seguro Social | | | | Numero de Cellular o de Casa | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | ( ) | | | |
| Ocupación | | | | | | | Nombre de su empleador | | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono del Trabajo | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | |
| Como supo de nuestra oficina? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cual es su correo electrónico (email)? | | | | | | | | | |
| INFORMACION DEL SEGURO MMMEDICO | | | | | | | | | | | | (Demuestre la tarjeta a la recepcionista) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona responsable de el pago | | | | Fecha de nacimiento | | | | | | Dirección del domicilio ( si es diferente) | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono de Casa | | | |
|  | | | | / / | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | |
| Ocupación | | Nombre del empleador | | | | | | | | | | | | Dirección del Empleador | | | | | | | | | | | Teléfono del Trabajo | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ( ) | | | |
| Tiene este paciente cobertura medica? ❑ Si ❑ No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor indique su seguro primario | | | | | | ❑ Medicare | | | | | | | | ❑ Blue Cross | | | | | | | | ❑ Medicaid | | | ❑ Otro | | | |
| Nombre del Asegurado/a | | | | | | # de SS del Asegurado/a | | | | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | Grupo # | | | # Póliza | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | / / | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Relación del paciente con el asegurado/a | | | | | | | | | | | | | | ❑ Mismo | | | | | | | | ❑ Esposo/a | | | ❑ Hijo/a | | | |
| Nombre del seguro secundario ( si aplica) | | | | | | | | | Nombre del Asegurado | | | | | | | | | | | | | Grupo # | | | # Póliza | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Relación del paciente con el asegurado/a | | | | | | | | | | | | | | | ❑ Mismo | | | | | | | ❑ Esposo/a | | | ❑ Hijo/a | | | |
| **Su reciente condición esta relacionada por accidente o lesión en el trabajo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ❑ No | | ❑ Si, por favor explique en el espacio | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Esta representado por un abogado?** | | | | | | | | | | | | | ❑ No | | | | | | | ❑ Si contesta que si, favor de contestar lo siguiente: | | | | | | | | |
| Nombre de su abogado: | | | | | | | | | | | | | Numero de teléfono de su abogado:: | | | | | | | | | | | | | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA PODEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de un pariente o amigo (que no viva en el mismo domicilio) | | | | | | | | | | | | | | | | | Relación con el paciente | | | | | Numero de Teléfono de casa | | | | Teléfono del Trabajo. | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | ( ) | | | | ( ) | | |
| **ASIGNACION DE BENEFICIOS**  La información indicada arriba es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que los beneficios o ventajas de mi seguro medico sean pagados directamente a Chicago Rehabilitation Services, Inc. Entiendo que yo soy responsable También autorizo o la compañía de seguro dar libremente información que requieran para procesar mis reclamos. Yo autorizo el uso de mi firma para todos los cargos que deban ser enviados a mi seguro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma del Paciente/Guardián** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha** | | | | |
| **Autorización de Medicare**  Autorizo que los pagos de los beneficios de Medicare sean hechos a Chicago Rehabilitation Services, Inc. por todos los servicios que los terapistas hagan. Autorizo que la información médica sea dada a la oficina de HCFA para determinar los beneficios. Autorizo todo lo necesario para que la información sea compartida y dada a los agentes para que aprueben pago o información para que se hagan pagos electrónicos en el envío de los reclamos. Medicare asigna los casos y la oficina acepta el pago que Medicare haga, así como el paciente pagara por el deducible, el porcentaje que Medicare no cubra, y los servicios que Medicare no cubra tampoco. El deducible esta basado en lo que la Administración de Medicare asigne como pago. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma del Paciente/Guardián** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha** | | | | | |