# 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** |