



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	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta.	<input type="checkbox"/> Sra.	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
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de su domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	Seguro Social	Numero de Celular 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 (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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Por favor indique su seguro primario	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro
Nombre del Asegurado/a	# de SS del Asegurado/a	Fecha Nacimiento	Grupo # # Póliza
		/ /	
Relación del paciente con el asegurado/a		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a
Nombre del seguro secundario (si aplica)	Nombre del Asegurado	Grupo #	# Póliza
Relación del paciente con el asegurado/a		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a
Su reciente condición esta relacionada por accidente o lesión en el trabajo			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, por favor explique en el espacio
Esta representado por un abogado?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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 a 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 terapeutas 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
------------------------------------	--------------