

**DEPARTAMENTO DE REHABILITATION –INFORMACION DEL
PACIENTE**

Fecha: _____ Fecha De Nacimiento: _____

De Archive Medico: _____ # De Seguro Social: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefona #:(casa) _____ Telefono #: (trabajo) _____

Nombre de Padre: _____ Nombre de Madre: _____

CLINICAL

Como se entero de nuestro centro de columna? _____

Dolor agudo (<Mes) _____ Dolor Cronico (>Un Mes) _____

Dr. que lo refiere: _____ Telefono.# _____

Dr. Principal: _____ Telefono.# _____

Fecha de la receta: _____ Diagnostico: _____ Fecha de sirugia: _____

SEGURO: (marque todos lo que aplican

___MEDICARE ___MEDICAID ___COMM PREM PLUS ___NYPCHP ___BC/BS

___OXFORD ___AETNA ___AFFINITY ___PHCS ___HIP

___GHI ___NBF 1199 ___WKC (NYPH) ___WKC(UNIV)

___UNITED HEALTH ___NO FAULT ___CIGNA

OTRO SEGURO _____

Poliza #: _____ Grupo #: _____

Telefono: _____

Fecha de cita: _____ Hora: _____

Pre-cert #: _____ # de visita: _____ Tiempo: _____

Therapista: _____

Completada por: _____