

REGISTRACION

Nombre: _____ Genero: _____ Fecha De Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Telefono De Casa: _____

S C V D (Favor De Circular) Numero De SS#: _____ Numero De Licencia#: _____

Dirección De Correo Electronico: _____ Celular: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico está dando su consentimiento para recibir nuestro boletín de noticias. Si no está interesado, marque aquí

Ocupación: _____ Empleador: _____ Telefono De Trabajo: _____

** Si la persona responsable no es el / la de arriba, favor de llenar la siguiente información:

Persona Responsable: _____ Relación _____ Numero De SS# _____

Fecha De Nacimiento: _____ Dirección: _____

Empleador: _____ Telefono De Trabajo: _____

Poliza De Aseguranza Primaria#: Numero De Grupo# _____ Telefono De Cobros#: _____

Nobre De Asegurizado: _____ Numero De Identificacion# _____

Fecha De Nacimiento: _____

Poliza De Aseguranza Secundaria # Numero De Grupo#: _____ Telefono De Cobros#: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Nobre De Asegurizado: _____ #: Numero De Identificacion _____

Vecino o pariente que no viva con usted : _____ Relación: _____

Numero De Telefono#: _____

SERVICIOS PROFESIONALES DEBEN SER PAGADOS EN EL MOMENTO QUE SON RENDIDOS

Asignación de beneficios: Yo autorizo pagos directamente a ProActive Physical Therapy Centers por los servicios rendidos y descritos anteriormente. Comprendo que soy responsable por cargos no cubridos por esta autorizacion.

Dispensa de información: Yo autorizo a ProActive Physical Therapy Centers que dispensen cualquier información necesaria para procesar esta forma de cargos.

Fecha

Firma