

Nombre del Paciente  Fecha   
*Apellido Nombre Inicial*

Domicilio de su Casa   
*Calle Ciudad Estado Código Postal*

E-mail:  Fecha de Nacimiento

Número de Teléfono (Casa)  Celular

Número de Seguro Social  Genero:  Femenino  Masculino

En Caso de Emergencia, comunicarse con:  Número de Teléfono:

Compañía de Empleo  Número de Teléfono:

Domicilio   
*Calle Ciudad Estado Código Postal*

Ocupación:  Empleado desde (fecha)

Horas de Trabajo  Nombre de Supervisor:

Descripción de su Trabajo

Nombre de su Seguro Industrial  Número de Teléfono:

Domicilio   
*Calle Ciudad Estado Código Postal*

Nombre del Ajustador  Número de Teléfono del Ajustador

Reclamo #:  Fecha del Daño/Accidente

Fecha cuando primero recibió tratamiento:  Tratamiento inicial proporcionado por:

Nombre del Doctor que lo mando a TEAM Physical Therapy:

Número de Teléfono del Doctor:  FAX del Doctor

¿Como ocurrió este accidente/ daño físico?

¿Razón por terapia física?

Ultimo Día Que Trabajo:

¿En su opinión, este daño físico relacionado con cualquier otro daño físico por el cual usted recibió tratamiento de TEAM Physical Therapy?  Si  No  
Si su respuesta es si, favor de explicar:

Por la presente doy mi consentimiento a TEAM Physical Therapy, Inc. que se comunique con mi empleo y/o la compañía de seguro de mi compañía con el propósito de verificación sobre mi accidente industrial y para autorizar tratamiento.

Yo entiendo que si se hace una determinación que mi daño físico no es un daño físico de Compensación de Trabajadores, yo soy personalmente responsable por pagos de todos los cargos incurridos. Yo designo por mi firma que lo mejor de mi conocimiento toda la información ya mencionada es verdadera y completa. Mi firma da mi consentimiento para recibir tratamiento de TEAM Physical Therapy, Inc.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Fecha