

**Rehabilitation Physicians of Georgia, P.C.**  
**Médicos de Rehabilitación de Georgia, P.C.**

**Información sobre el paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: # \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: M\_\_ F\_\_ Estado civil: S\_\_ C\_\_ D\_\_ V\_\_  
Raza: \_\_Indio Americano \_\_Nativo de Alaska \_\_Asiático \_\_Africano \_\_Hispano \_\_Islaño del Pacífico \_\_Blanco  
\_\_ Reúso contestar sobre grupo étnico: \_\_Hispano \_\_No-Hispano Idioma: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Nombre del esposo(a): \_\_\_\_\_  
Número del celular: \_\_\_\_\_ Ha sido referido por:  
Contacto de Emergencia: # \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

**Información sobre el Seguro**

*Si éste es un reclamo o una demanda relacionada con **Workers' Compensation**, por favor omita la Parte A y complete la Parte B*

**Parte A**

Seguro principal/primario: \_\_\_\_\_ Seguro secundario: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Enviar el reclamo a: \_\_\_\_\_ Enviar el reclamo a: \_\_\_\_\_  
Grupo # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Póliza # \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_  
Póliza en nombre de: \_\_\_\_\_ Póliza en nombre de: \_\_\_\_\_  
Relación: Por si mismo \_\_ Esposa/o \_\_ Madre \_\_ Padre \_\_ Relación: Por si mismo \_\_ Esposa/o \_\_ Madre \_\_ Padre \_\_

**Parte B**

**Workers' Compensation**

**Accidente Automovilístico**

(Por favor marque lo apropiado con un círculo)

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Envíe el Reclamo a: \_\_\_\_\_  
Ajustador: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Encargado del caso: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Caso Número: \_\_\_\_\_

Por favor lea y firme: Yo consiento recibir tratamiento de cualquier profesional médico asociado a los Médicos de Rehabilitación de Georgia, P.C. Autorizo el dar acceso a cualquier información médica necesaria para las oficinas del médico, la compañía de seguros, el abogado o el hospital. Autorizo el pago de beneficios por dichos servicios médicos directamente a los médicos de esta organización por sus servicios. Estoy de acuerdo también en que soy financieramente responsable por cualquier cargo no cubierto por mi seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Paciente / Padres / Guardián