



Servicios de Terapia Ocupacional Pediátrica
Línea directa: (803) 329-9500 Email: support@mytherapyworld.com

Formulario de Datos de Nuevos Pacientes

Fecha: _____ Terapeuta: _____ # de cuenta: _____ Seguro: _____

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Dirección de envío: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono móvil: (____) _____ - _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____

Email: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ Edad: _____

Número de seguridad social: _____

Doctor Referente: _____

Fecha de la lesión / diagnóstico: _____

¿Ha sido paciente de Therapy World, LLC antes?: Si No

¿Si sí, cuándo? _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Seguro Primario

Nombre: _____ # de identificación _____ # de grupo _____

de SS ----- _____

Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____

Fecha de nacimiento de asegurado: ____/____/____

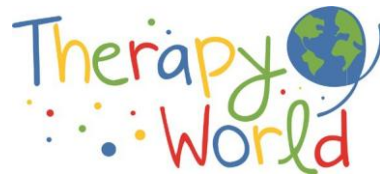
Seguro Secundario

Nombre: _____ # de identificación _____ # de grupo _____

de SS ----- _____

Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____

Fecha de nacimiento de asegurado: ____/____/____

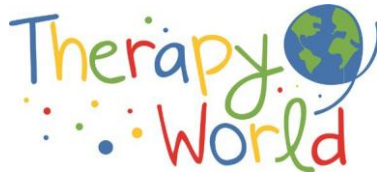


Autorización

Autorización para tratar: Autorizo a Therapy World, LLC a brindar el tratamiento prescrito por mi médico y terapeuta.

Autorización para Obtener / Divulgar Información: Autorizo a Therapy World, LLC a obtener o divulgar información a mi médico y / o compañía de seguros según sea necesario durante el curso de mi tratamiento.

Asignación de beneficios: Autorizo a mi compañía de seguros a realizar el pago directamente a Therapy World, LLC por los servicios prestados. Acepto toda la responsabilidad por los costos del tratamiento que mi compañía de seguros no cubra o reembolse.



Reconocimiento y consentimiento del paciente • Política financiera

Nombre del Paciente

Al firmar a continuación, reconoce haber recibido la política financiera de Therapy World, LLC. Acepta los términos enumerados y comprende que cualquier cargo incurrido que no sea pagado por su compañía de seguros será responsabilidad del paciente. Las opciones de pago están disponibles para los pacientes, pero deben ser autorizadas por el Departamento de Facturación.

Firma

Fecha

Testigo

Relación con el Paciente

Si tiene alguna pregunta sobre facturación, por favor comuníquese con nuestra oficina al (803) 329-950 o con nuestro administrador de facturación externo, Your Therapy Billing. Consulte su información de contacto a continuación.

Matt Nowicki: (336) 799-3031 ext 700

Mandy Wunderman: (336) 799-3031 ext 701

Kelly Engle (336) 799-3031 ext 702