



# New Life

Physical Therapy | Sports Medicine | Employee Health

**Información de paciente (por favor Imprimir toda la información)** Entre los géneros: masculina femenino

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Si es menor, el nombre de padre \_\_\_\_\_

Número de seguro social del paciente \_\_\_\_\_ Si menor, SS# de padre \_\_\_\_\_

Número licencia de controladores del paciente \_\_\_\_\_

Si menor, numero licencia de controladores de padre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_ Si menor, fecha de nacimiento del padre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de teléfono (la casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (celular) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Si menor, empleador de padre \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Si menor, numero del trabajo de padre \_\_\_\_\_

El nombre de médico que refiriéndose \_\_\_\_\_

**\* Indique la fecha de su primera cita \_\_\_\_\_**

¿Es esto una reclamación de indemnización de operarios? SÍ NO \_\_\_\_\_ de fecha que hacerse daño \_\_\_\_\_

**\*Necesitamos obtener una fecha exacta de lesión**

¿Es esto una reclamación de accidente de vehículo de motor? SÍ NO La fecha de accidente \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta: si eres una indemnización de operarios o paciente de accidente de vehículo de motor, por favor, tenga en cuenta que usted será responsable de cualquier saldo pendiente que puede derivarse de una denegación.*

\*\*\*\*\*

## PARA LOS COMPENSACIÓN DE OPERARIOS O ACCIDENTE DE VEHÍCULO MOTOR PACIENTES:

Nombre de compensación de operarios o compañía de vehículos motor seguros a donde se deben enviar las cuentas:

Nombre de compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ajustador \_\_\_\_\_

Número de demandas \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

La enfermera de administrador de causas \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta que, en virtud de estadísticas de Wisconsin. S.102.13 (2) (a), estamos requeridos por ley a proporcionar el empleador, portador de la compensación de operarios y el departamento con información o material escrito relacionadas con la reclamación de indemnización de operarios. En estas circunstancias, un proveedor de atención médica es necesario divulgar la información o los documentos tales como informes y registros para el empleador que razonablemente están relacionados a la demanda de compensación de operarios.*