

PATIENT INFORMATION

maXum Therapy

PLEASE PRINT CLEARLY

Name/Nombre (Last/Apellido): _____ (First/Primer): _____ (M.I.): _____

Male (Niño)/Female (Niña) Age/Edad: _____ Birth Date/Fecha de Nacimiento: _____

Email/Correo Electrónico: _____

Address/Dirección: _____ Apt #: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código Postal: _____

Home Phone/Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Cell/Celular: (____) _____ - _____

Guardian: Name/Nombre: _____ Relation/Relación: _____ Phone/Teléfono: (____) _____ - _____

Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código Postal: _____

Employer/Empleador: _____ Occupation/Ocupación: _____

Address/Dirección: _____

Employment Status/Estado de Empleo: Full-time (Tiempo Completo) / Part-time(Medio Tiempo)/ Not employed(No empleado)

Emergency Contact/Contaco de Emergencia: _____ Relation/Relación: _____ Phone/Teléfono: (____) _____ - _____

Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código Postal: _____

How did you hear about our clinic? *Cómo escuchó de nuestra clínica?*

Resource Center/Centro de Recursos: _____ Family/Friend (Familia/Amigo): _____

Doctor _____ Website/Social Media (Sitio de Internet): _____

Health Fair/Feria de Salud: _____ Other/Otro: _____

Primary Doctor/Doctor Primario: _____ Phone/Teléfono: (____) _____ - _____

Primary Insurance/Seguro Primario: _____ Secondary Insurance/Seguro Secundario: _____

CONSENT TO TREATMENT: I consent to rehabilitation and related services at maXum Therapy. The undersigned hereby authorizes maXum Therapy to release any or all information to employers and insurance companies, who may be liable to the patient or maXum Therapy for the payment of services provided to the patient. Any co-pays, co-insurance or denied claims are the responsibility of the patient for payment.

Doy mi consentimiento para la rehabilitación y los servicios relacionados en MaXum Terapia. El abajo firmante autoriza MaXum Terapia para liberar toda la información a los empleadores y las compañías de seguros, que podría ser responsable ante el paciente o la terapia MaXum para el pago de los servicios prestados al paciente. Cualquier co-pago, co-seguro o nego son responsabilidad del paciente para el pago.

Initial: _____

TREATMENT OF MINORS: I, as a parent or guardian of a minor receiving treatment hereunder, do hereby agree and understand that I have been advised to remain on the premises during any such treatment, and waive any claim I may have resulting from failure to do so.

Yo, como padre o tutor de un menor de edad, que esta recibiendo tratamiento, por el presente acuerdo y entiendo que se me ha aconsejado que permanezcan en los locales durante cualquier tratamiento, y renuncian a cualquier reclamación que pueda tener como consecuencia de no hacerlo.

Initial: _____

NOTICE OF PRIVACY: I have received or read the Notice of Privacy Policies in this packet.

He recibido o leído el Aviso de las Políticas de Privacidad en este paquete.

Initial: _____

NOTICE OF ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: I authorize maXum Therapy, to furnish information about my care and direct the insurer to pay without equivocation, directly to maXum Therapy, any and all benefits due and payable as the result of this claim. I am also aware that I am personally responsible for charges and/or balance due said, maXum not covered by my insurance benefits. **By signing below, I certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge.**

Yo autorizo MaXum Terapia, de proporcionar información acerca de mi cuidado y directa de la aseguradora a pagar sin equívocos, directamente a MaXum Terapia, cualquier y todas las prestaciones vencidas y exigibles como consecuencia de esta reclamación. También soy consciente de que soy personalmente responsable de los cargos y/o el saldo de, MaXum no cubiertos por mis beneficios de seguro.

Yo certifico que toda la información aquí contenida es verdadera y correcta.

Initial: _____

SIGNATURE/FIRMA: _____

Date/Fecha: _____

PRINT NAME/ESCRIBA NOMBRE: _____