

# Registro del Paciente de Eagle Rock Physical Therapy

Shawn Isenhardt, DPT, OCS, SCS, FAAOMPT  
Brian Sonnemen, PT  
Lisa Sonnemen, PT  
411 Hospital Way, Brewster, WA 98812

Teléfono: 509-689-4301 Fax: 509-689-4307

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino Estado Civil: \_\_\_ Soltero

\_\_\_ Casado  
\_\_\_ Divorciado  
\_\_\_ Viudo

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Dirección de Correo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Seguro \_\_\_\_\_

Número de Grupo (número de reclamo si L&I) \_\_\_\_\_

Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria o Médico que le mandó aquí \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Médico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

## Consentimiento de los Padres si paciente es menor de edad

Nombre de Padre/Tutor en letra de molde \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Favor de Leer y Firmar

Como paciente de Eagle Rock Physical Therapy doy permiso para divulgar información médica a mi doctor y compañía de seguros. También estoy de acuerdo en ser responsable económicamente para la porción de mi factura que la compañía de seguros no pague. Además reconozco que Medicare solo paga el 80% si aplicable. Entiendo que se puede cobrar una tarifa de cancelación o de no presentarse de \$20 para citas perdidas o una cancelación sin 24 horas de aviso.

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



## Póliza de Citas Perdidas

Nos esforzamos para proveer nuestros pacientes con servicio excelente y cuidado de calidad. Nuestro compromiso para su bienestar y cuidado de salud es algo que tomamos muy en serio aquí en Eagle Rock Physical Therapy.

El compromiso de usted a su programa de terapia física es crítico para su éxito. Vamos a recomendarle tratamiento y fijarle metas. Para poder alcanzar estas metas, debe hacer su parte y la parte más importante es acudir a cada cita.

Vamos a darle una tarjeta con citas para estar al tanto de sus citas. Si se le pierde, favor de llamarnos para repasar las fechas de sus citas. Esperamos que usted mantenga todas sus citas; sin embargo, si le hace falta cancelar favor de tener en cuenta que requerimos un **aviso de 24 horas**.

Si le hace falta cancelar, favor de llamar a nuestra oficina para reprogramar. Si no cancela con un **aviso de 24 horas** o si no se presenta por una cita, **se le va a cobrar \$20** por la cita pérdida.

Si pierde 3 citas consecutivas, vamos a notificarle a su médico y requeriremos nueva referencia para poder seguir su tratamiento.

Le agradecemos por elegir *Eagle Rock Physical Therapy* y tenemos ganas de trabajar con usted para ayudarle a lograr sus metas.

*El Personal en Eagle Rock Physical Therapy*

**He leído y entendido ésta póliza.**

---

Paciente/Guardián

---

Fecha