

# HARTFORD PHYSICAL MEDICINE

425 Franklin Avenue  
Hartford CT 06114

Fecha de Hoy : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dirección E-Mail: \_\_\_\_\_

Apellido : \_\_\_\_\_, Nombre : \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo : \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_  M  F

Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Empresas : \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

---

**Por favor, compruebe cualquier cobertura de seguro para usted o su cónyuge que es aplicable en este caso.**

Seguro Medico : \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  Major Medical  PPO/HMO

Relación Para Asegurado  Propio  Cónyuge Niño  Otro \_\_\_\_\_

Accidente de Auto  De trabajo  Corporales ( Caida )

Fecha Del Accidente : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ Insurance Co Ajustador : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ Políca : \_\_\_\_\_

---

**POR FAVOR TRAIGA LA TARJETA DE SEGURO Y LA LICENCIA DE CONDUCCION A LA RECEPCION PARA COPIAR**

La persona quien usted decide que puede recibir, cambiar o preguntar de su informacion:

Nombre: \_\_\_\_\_ Significado de Relacion: \_\_\_\_\_

He revisado toda la información antes mencionada. Estoy de acuerdo en que todos los datos anteriores es precisa y una verdadera cuenta de mis heridas que me sostenido en mi accidente.

Firma de Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Testigos : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_