



252 E Main Street, Hermiston, OR 97838 • Phone 541-701-0708 • FAX 541-701-0710

Nombre del Paciente: _____ Número de teléfono de casa: _____
Domicilio: _____ Número de celular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo electrónico : _____
Fecha de nacimiento: _____ [] Hombre [] Mujer Número de seguro social: _____
Empleador: _____ [] Estudiante Número de teléfono del trabajo: _____
Nombre de su cónyuge: _____ Número de teléfono : _____

Por favor complete la siguiente información SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Nombre de la madre/Tutora: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Yo doy autorización para que Columbia Physical Therapy, Inc. P.S. use y divulge mi información de salud y medica únicamente por el propósito de mi tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de salud. Bajo toda circunstancia yo asumo la responsabilidad final de mi cuenta por si los pagos se retrasan demasiado, yo acepto pagar los gastos retrasados, gastos de corte, y de abogado. Yo doy permiso para que se lleve acabo los servicios de terapia física recetados por cualquier médico. Doy autorización para que mi póliza de seguro page los servicios médicos dados a Columbia Physical Therapy, Inc. PS. He recibido esta nota de Práctica de Privacidad en lenguaje simple y entendible.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para divulgar información: Yo doy autorización para que se divulge mi información a la persona mencionada abajo:

[] Toda la información Médica y Financiera [] Solo información referente a mis citas

Nombre de la persona _____ Relación _____
Nombre de la persona _____ Relación _____
Firma _____ Fecha _____



252 E Main Street, Hermiston, OR 97838 • Phone 541-701-0708 • FAX 541-701-0710

Patient's Name: _____ **Home Phone:** _____
Address: _____ **Cell Phone:** _____
City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **E-mail:** _____
Date of Birth: _____ Male Female **SSN:** _____
Employer: _____ Student **Work Phone:** _____
Employer's Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **ZIP:** _____
Referring Physician: _____ **Physician's Address:** _____
City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **Phone #:** _____
If Married: Spouse's Name: _____ **Employer:** _____
Phone : _____ **Work Phone:** _____ **DOB:** _____
***Insurance we are billing:** _____

PLEASE COMPLETE IF PATIENT IS A MINOR:

Mother/Guardian's name: _____ **Address:** _____
City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **DOB:** _____
Employer: _____ **Address:** _____
City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **Phone:** _____
Father/Guardian's name: _____ **Address:** _____
City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **DOB:** _____
Employer: _____ **Address:** _____
City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **Phone:** _____

Emergency Contact Name: _____ **Phone:** _____

I authorize Premier Physical Therapy, Inc. P.S. to use and disclose health and medical information for the purposes of treatment, payment and health care operations. Under all circumstances I assume final responsibility for my account understanding that in the event my account becomes delinquent, I agree to pay accrued finance charges, court costs and attorney fees. I consent to physical therapy services prescribed by any physician. I authorize payment of medical benefits by my insurance company to Premier Physical Therapy, Inc. PS, for services rendered. I have received this practice's Notice of Privacy Practices written in plain language.

Signature: _____ **Date:** _____

Authorization for Release of Information: I authorize release of medical information to the person(s) named below:

- All Medical and Billing Information Appointment Information only

Please Print Name of Person **Relationship**

Please Print Name of Person **Relationship**

Signature **Date**