

# HARTFORD PHYSICAL MEDICINE

864 Wethersfield Ave  
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  
Sortero 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 : \_\_\_\_\_