

PremaPlay LLC
DBA - TheraPlay at Home
113 W. Chapman Rd. Oviedo, FL 32765
PHONE 407-790-5601 FAX
407-602-7858
info@theraplayathome.com

Paciente

Nombre (Ultimo, Primero)	Edad	Fecha De Nacimiento		Sexo
Dirección de envío	Ciudad	Estado FL	Código postal	Condado
Diagnóstico Primario	Diagnóstico Numérico Primario (de prescripción)		Diagnóstico Numérico Secundario (de prescripción médica)	

Persona Responsable

Nombre (Ultimo, Primero)	Edad	Fecha De Nacimiento	Sexo	Relación con el paciente	
Dirección (poner la misma si es la misma que la anterior)	Ciudad		Estado	Código Postal	Estado civil
Email	Teléfono de casa		Teléfono móvil		

Médico

Nombre de Doctor (Ultimo, Primero)	Teléfono	Fax
Dirección de la Oficina		

Seguro Primario

Compañía de Seguro Primario	Nombre del Titular de la Póliza	Fecha De Nacimiento	Número de Póliza
Dirección de Seguro	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Coaseguro %	Copago	Deducible

Información Secundaria del Seguro o Identificación de la Subvención PLSA

Compañía de Seguros Secundaria	Nombre del Titular de la Póliza	Fecha De Nacimiento	Número de Póliza
Dirección de Seguro	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Coaseguro %	Copago	Deducible

Localización de la Terapia

Casa:	
Escuela:	
Oficina	
Otro, por favor indique::	

Horarios o días que prefiera (enumere horarios específicos si tiene poca flexibilidad)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
AM							
Después de la Escuela							
PM							

Terapia Física (Physical)	Terapia Ocupacional (Occupational)	Terapia del Lenguaje (Speech)

Firma de Persona autorizada	Fecha
-----------------------------	-------

Notas Adicionales
