

# TherapyOne *Reaching the One*

Speech Therapy—Occupational Therapy—Physical Therapy  
P.O. Box 27, Mesa, Arizona 85211 Phone: 480-668-1917 Fax: 480-668-2750

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE

*Por favor complete y envíe por correo electrónico a [therapyoneinsurance@gmail.com](mailto:therapyoneinsurance@gmail.com)*

**Nombre del cliente:**

**Nombre de padre o tutor:**

**Dirección del cliente:**

**Ciudad, Estado, Código Postal:**

**Número de teléfono:** casa                      celular                      recibir textos?                      Si                      No

**Correo electrónico:**                      Género:                      M                      F                      Fecha de nacimiento:

**Médico/Doctor:**                      Numero de teléfono del médico:

**Diagnóstico:**

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

*Por favor llene completamente. Si tiene pólizas de seguros adicionales, incluir fotocopia de las tarjetas del seguro.*

**DDD Seguro:**

**Número de identificación del cliente:**

**Seguro privado o comercial:**

**Nombre del titular de la póliza**

**Fecha de nacimiento**

++ HRA/HSA?                      Si                      No                      Cual?

Las reglas de DDD requieren que los proveedores de servicios cobren a las compañías de seguros (Ejemplo: AETNA o Blue Cross Blue Shield) antes de cobrar a DDD.

Por la presente autorizo que la información de las escuelas, médica o de otro tipo sea compartida con Therapy One. Entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los cargos. Entiendo que el exceso de ausencias a la terapia o más de dos ausencias "por no presentarse" en un mes puede resultar en la terminación de los servicios.

++Si su póliza es una HRA o HSA por favor póngase en contacto con su compañía de seguros y que apague el pago automática, o ponga en la lista de no pagar a Therapy One.

**Firma del padre o tutor**

**Fecha**

2024