

## Información de contacto para clientes nuevos

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (domicilio) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_ (oficina) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha del accidente \_\_\_\_\_

Tipo de accidente (marcar uno)     Accidente automovilístico     Resbalón y caída     u Otro

Lesiones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de tarjeta de salud (OHIP) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Antigüedad en el empleo \_\_\_\_\_

Número del seguro social \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Dirección del médico \_\_\_\_\_

Nombre del fisioterapeuta \_\_\_\_\_ No. de teléfono del fisioterapeuta \_\_\_\_\_

Dirección del fisioterapeuta \_\_\_\_\_