

****ORTHOPEDIC SPECIALTIES****
INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad: _____ Seguro Social: _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____

Telefono de Casa: _____ Celular: _____ Telefono de trabajo: _____

Direccion Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____

Direccion Fisico (Si es diferente de la anterior) _____

Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____

.....
****INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE****
(TITULAR DE LA POLIZA DE SEGURO)

Nombre: _____ Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Relacion con el Paciente: _____ Conductor Licencia: _____

Telefono: _____ Telefono de trabajo: _____

.....
****INORMACION SOBRE SEGURO****

Seguro Primaria: _____ Seguro Secundario: _____

Es esta visita debido al resultado de un accidente de coche? Si _____ No _____

Usted esta viendo a un abogado debido a esta lesion? _____

Es esta lesion de compensacion del trabajo? _____ Fecha de la lesion: _____

Compania de seguros del trabajador: _____

Direccion postal: _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo postal _____

Nombre de ajustador: _____ Reclamacion: _____

*Informacion de contacto de emergencia: _____ Nombre _____

Telefono: _____ Relacion: _____ Direccion: _____

*Nombre del medico pedidos: _____

****NOTA: EL PAGO ES DEBIDO EN EL MOMENTO QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS****

Yo autorizo la divulgacion de cualquier informacion necesaria para procesar esta solicitud. Autorio el pago de las prestaciones medicas de Orthopedic Specialties para los sevicios medicos prestados. Entiendo que soy financieramente responsable for todos los servicios (incluyendo servicios no cubiertos de Medicare o Medicaid.

Firma: _____ Fecha: _____

ORTHOPEDIC SPECIALTIES, INC.
2467 S. TELSHOR BLVD.
LAS CRUCES, NM 88011
575-522-5773

Certifico que he sido informado de aviso de practicas Orthopedic Specialties de privacidad. El aviso describe los tipos de usos y revelaciones de mi informacion de salud protegida que puede ocurrir en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeno de las operaciones de atencion medica de Orthopedic Specialties. El aviso tambien describe mi derecho y deberes de Orthopedic Specialties con respecto a mi informacion de salud protegida. El aviso de practicas de privacidad se registra en la sala de espera de frente.

Orthopedic Specialties se reserva el derecho de cambiar las practicas de prevacidad que se describen en el aviso. Puedo obtener un aviso revisado de practicas de privacidad llamando a la oficina y solicitar una copia para ser enviado pro correo; o pidiendo una a la hora de me cita.

Firma del Representante de Paciente o Personal

Nombre del Representante de Paciente o Personal

Fecha

Descripcion de la Autoridad del Representante Personal

Testigo