

REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Direccion Electronica _____ telefono _____ Celular _____
Soltero _____ Casado _____ Otro _____ Fecha de Nacimiento _____
Sexo : M _____ F _____ Edad _____ Seguro Social _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD FAVOR DE INCLUIR EL NOMBRE EL PADRE O TUTOR. _____

Medico Referido _____ Numero de Fax _____

Esta visita es relacionada con accidente de trabajo? _____
Esta visita es relacionada con accidente de carro? _____
Si es asi fecha de accidente _____

INFORMACION DE COMPENSACION DE TRABAJO/ACCIDENTE DE CARRO

Compania de Seguro _____ Direccion _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo postal _____ Telefono _____ Fax _____
Nombre de Ajustante _____ Numero de Polisa _____
Numero de Reclamo _____
Nombre/direccion de encargado de la polisa _____

Seguro Primario _____
Numero de Identificacion _____ Numero de grupo _____
Nombre del asegurado (si es diferente al pasiente) _____
Relacion con el paciente _____
Numero de seguro social del asegurado _____
Fecha de Nacimiento del asegurado _____

Seguro Secundario _____
Numero de Identificacion _____ Numero de grupo _____
Nombre del asegurado (si es diferente al pasiente) _____
Relacion con el paciente _____
Numero de seguro social del asegurado _____
Fecha de Nacimiento del asegurado _____

Certifico que la informacion que he proporcionado esta correcta. Autorizo a Orthopaedic Unlimited informacion para procesar este reclamo. Acepto ser responsable de algun balance no pagado por mi seguro medico. Acepto la responsabilidad de obtener cualquier referido necesario requerido por el plan de mi seguro medico antes de recibir tratamiento por Orthopaedics Unlimited.

Todo co-pago se realizaran el dia de visita. Cobraremos una penalidad de \$25.00 por todo los checkes debultos.

Todos los pacientes con seguro medico no participante por favor llenar la parte siguiente y firmarla.

Mi seguro medico es _____. Estoy informado que Orthopaedics Unlimited no es proveedor participante. Todos Los pagos deductibles son requeridos antes de cualquier tratamiento. Nosotros submitiremos cuenta de pago a su seguro medico por usted. **Como paciente y persona asegurada por la polisa de mi seguro medico yo dirijo que todos los pagos echos por el servicio recibido por Orthopaedic Unlimited sean mandados para el cobro de mi proveedor solamente y que ese pago NO sea enviado para mi cobro**

Firma del paciente

Fecha

FORMULARIO DE BENEFICIOS

Asigno a Orthopaedis Unlimited todos mis derechos de los beneficios bajo cualquier contrato del seguro medico para el pago del servicio que se me a proporcionado por Orthopaedic Ulimited, Irrevocablemente autorizon toda informacion relacionada con beneficios sobre la polisa del seguro medico relacionada con cualquier reclamo por Orthopaedic Unlimited. Autorizo a Orthopaedic Unlimited archivar cualquier reclamo para el seguro por mi. **Tambien autorizo todos los pagos sean mandados directamente a Orthopaedic Unlimited.** Autorizo Orthopaedic Unlimited que actue por mi y reporte cualquier infraccion sospechosa de practicas impropias de reclamos a las Autoridades Regulatorias Apropiadas.

Firma del Paciente

Fecha

lei y entiendo la polisa privada de Orthopaedics Unlimited . Autorizon/no autorizo que mi informacion medica sea dada a nadie

Nombre de la personal que autorizo para cualquier informacion medica

Firma del Paciente:

Fecha: _____

Nombre _____

Razon de visita _____

Liste los medicamentos precentes _____

Usted esta Embarasado _____

USTED A TENIDO LAS SIGIENTES CONDICIONES MEDICAS

Sangrado Frecuente	S	N	Alta Presion	S	N
Artritis	S	N	HIV/AIDS	S	N
Alcohol/abuso de drogas	S	N	Hospitalisaciones	S	N
Huesos artificiales/conjuntos/ Valvulas	S	N	Problemas de tiroides	S	N
Cancer/chimmioterapias	S	N	Baja Presion	S	N
Defectos Congenito del Corazon	S	N	prolapso Miltral de Valvula	S	N
Diabetis	S	N	Marcpasos	S	N
Emphysemia	S	N	Problemas Psiquiatricos	S	N
Desmayos/apagones	S	N	Tratamientos de Radiacion	S	N
Dolores de Cabeza (recuente)	S	N	Escarlatinas		
Glucoma	S	N	Reumaticas	S	N
Sirugias del corazon	S	N	Fiebre	S	N
Problemas de Rnon	S	N	Paros Cardiacos	S	N
			Problemas de Sinusitis	S	N
Hepatitis	S	N	Tuberculosis	S	N
Herpes/ampollas De Fiebre	S	N	Polinosis	S	N

USTED ES ALERGICO A LAS SIGIENTES

Aspirina	S	N	Penicilina	S	N
Codecina	S	N	Tetravylina	S	N
Erthromycin	S	N	Sulfa	S	N

Usted Fuma _____ Cuanto? _____

Toma Bebidas Alcoholicas _____ Cuanto? _____

Todas las preguntas han sido contestadas con la verdad segun mi entendimiento.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Revisión del Médico _____

Al leer y entender la póliza privada de Orthopaedic Unlimited, doy/no doy permiso para dar cualquier información médica.

Nombre de persona autorizada para recibir cualquier información médica.

Firma de Paciente _____