

BIENVENIDO

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
Primero Segundo Nombre Apellido

DIRECCION: _____

Ciudad Estado Código Postal

EDAD: ____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M or F

TELEFONO DE CASA: _____

TELFONO DE TRABAJO: _____

NUMERO DE CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____

RELACION: _____

TELEFONO DE CASA: _____

NUMERO DE CELULAR: _____

COMPENSACION DE TRABAJADORES/ACCIDENTE AUTO

FECHA DE ACCIDENTE: _____ NUMERO DE RECLAMO _____

COMPANIA DE SEGURO: _____

ADJUSTADOR _____
(Nombre Y Numero de Telefono)

Empleador Cuando Esta Lesionado _____

PODER DEL ABOGADO: SÍ o NO (circule uno)

Si tiene poder notarial sobre este paciente, debe proporcionarnos una copia de ese documento.

SEGURO PRIMARIO

*¿Ha tenido cambios recientes en su seguro? _____

NOMBRE DEL SEGURO: _____

DIRECCION DEL SEGURO: _____

Ciudad Estado Código Postal

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____

SEGURIDAD SOCIAL DE SUSCRIPTOR: _____

EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____

NUMER DE GRUPO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DE SUSCRIPTOR: _____

SEGURO SECONDARIO

NOMBRE DE SEGURO: _____

DIRECCION DE SEGURO: _____

Ciudad Estado Código Postal

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____

SEGURIDAD SOCIAL DE SUSCRIPTOR: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____

NUMERO DE GRUPO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DE SUSCRIPTOR: _____

Asigacion de Beneficios

Solicito que el pago de la autorización de Medicare, Medicaid, y otros beneficios de seguros privados se paguen directamente a la compañía mencionada anteriormente por cualquier servicio que me haya proporcionado ese proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que se divulgue a los centros de servicios de Medicare y Medicaid, sus agentes, y Ability Prosthetics and Orthotics y información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

He recibido el aviso de prácticas de privacidad y estándares de proveedores de Medicare.

Firma del Paciente (Padre o Guardian)

Firma del Asegurado

Fecha

Escriba el nombre si es diferente del paciente

Relacion con el paciente