

Action Orthopedic Co. LLC– Hoja de Información para el paciente**Información de Paciente**

Desde su última visita en nuestra oficina, ha cambiado alguno de sus datos? Sí / No En caso, por favor, llene la siguiente información.

Nombre: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____

Tel: _____

Alt Tel: _____ Alt Tel Type: _____ Email: _____

Soc Sec#: _____ Drivers Lic: _____

Empleador: _____ Tel Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____

Cónyuge o Nombre del Padre: _____ Tel: _____

Amigo o relativo que no vive con usted: _____ Tel: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Tel: _____

Médico que refiere: _____ Tel: _____

Información de Servicio

¿Cuál es el motivo de su visita (Protésico, ortopédicos, o mastectomía)? _____

¿Alguna vez ha recibido la misma o similar dispositivo? Si / No

Si es así, indique el dispositivo: _____

¿Dónde estaba el dispositivo proporciona? _____

Fecha prevista: _____

(Por favor circule uno) Dispositivo necesita ser: Reparado / Reemplazado?

Nuevos Pacientes Sólomente

¿Cómo se enteró de nosotros?

- Médico
 En línea
 Amiga/o
 Otro: _____

Solicito que el pago de Medicare autorizado, Medicaid o seguro privado puede hacer para Action Orthopedic Company por cualquier servicio proporcionado a mí por Action Orthopedic. Por la presente, ceder, transferir, y que se distribuyen en todos mis derechos, títulos e intereses de mis beneficios de reembolso médicos bajo mi póliza de seguro por los servicios prestados a mí por Action Orthopedic Company. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí para ser lanzado para determinar los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no están cubiertos por mi seguro. He leído la política financiera que se me presenta y que plantea en la sala de espera y estoy de acuerdo con esta política financiera.

El "Aviso de prácticas de privacidad ", está disponible en la oficina de mi visión. Con mi consentimiento, Action Orthopedic Company puede utilizar y divulgar información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Con mi consentimiento Action Orthopedic Company también puede llamar a mi casa y dejar un mensaje, enviar recordatorios / solicitudes de cita por correo; hablar con otros miembros de mi familia por teléfono.

* Los pacientes de Medicare solamente: He recibido una copia de las Normas para suministradores de Medicare.

Firma del Paciente o parte responsable

Fecha