

Ortopedia Central Nebraska

N TIPO _____
N # _____
DOCTOR _____

FECHA _____ ANOS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ALTURA _____ PESO _____ SEXO _____

PACIENTE NOMBRE: _____ NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____
SEGURIDAD SOCIAL DE INICIAL PRIMER PASADO # _____

DIRECCION DE CASA: _____
Calle ciudad Estado Código postal _____

NUMERO DE TELEFONO DE CASA: (____) _____ CONYUGE NOMBRE: _____

CELULAR NUMERO: (____) _____ Si menor, la madre y el padre completo de nombre
CELULAR NUMERO: (____) _____

PERSONA RESPONSABLE: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

DIRECCION DE CASA: _____ TELEFONO: (____) _____

PACIENTE EMPLEADOR: _____ (____) _____
Si es menor, empleador del padre teléfono del trabajo

EMPLEADOR DIRECCION: _____

EMPLEADOR CONYUGE: _____ (____) _____
Si menor, madre de empleador teléfono trabajo

EMPLEADOR DIRECCION: _____

*CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ (____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

SEGURO PRIMARIO: _____ POLÍTICA #: _____ GRUPO #: _____
NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLÍTICA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ POLÍTICA #: _____ GRUPO #: _____
NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLÍTICA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO: _____

SEGURO RESPONSABLE: _____ POLITICA #: _____ GRUPO #: _____
NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLÍTICA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO: _____

Motivo de visita : _____ MEDICO FAMILIAR: _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE LE REFIRIÓ: _____ ANTES DE RAYOS X PARA EL PROBLEMA: SÍ NO
TRATAMIENTO PREVIO DE PROBLEMA: _____ DONDE: _____ FECHA: _____

Esto es una condición médica debido a un accidente de cualquier tipo? Si NO

Si sí era que: () trabajo relacionado con () Auto () lesionado en el propio hogar () otros
FECHA DEL ACCIDENTE: _____ LUGAR DEL ACCIDENTE: _____
BREVE DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____ USTED TIENE LITIGIOS PENDIENTES: SÍ NO

AUTORIZACIÓN (asignación de beneficios financieros acuerdo):

Yo doy autorización de por vida para el pago de beneficios de seguro directamente a la Central de Nebraska de ortopedia, y cualquier médico auxiliador, por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o no están cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobros y honorarios de abogado razonables. Por la presente autorizo Central Ortopedia de Nebraska para liberar toda la información a las compañías de seguros, abogados u otros médicos para garantizar el pago de prestaciones. Además acepto que una fotocopia de este contrato será válida como la original.

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

La firma a continuación acusa recibo de una copia del aviso de Ortopedia de Nebraska Central de prácticas de privacidad.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Sabiendo que tengo (o el paciente mencionado tiene) una condición que requiere diagnóstico y tratamiento médico, por este medio voluntariamente su consentimiento a tales procedimientos de la examinación de diagnóstico, rayos x y a tal tratamiento médico prestados por el centro de Nebraska de Ortopedia.

En todas las cuentas que permanecen sin pagar 90 días después de la copia de la declaración de cuenta se cobrará intereses a la tasa del 16% anual.

DATE: _____ FIRMA: _____
Firma del paciente o la persona responsable