

Ortopedia Central Nebraska

N TIPO _____
N # _____
DOCTOR _____

FECHA _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ALTURA _____ PESO _____ SEXO _____

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

DOMICILIO: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

NUMERO DE TELEFONO DE CASA: (____) _____ NOMBRE DE CONYUGE: _____
Si menor, la madre y el padre completo de nombre
NUMERO DE CELULAR: (____) _____ NUMERO DE CELULAR: (____) _____

PERSONA RESPONSABLE: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: (____) _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

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

DIRECCION DEL EMPLEADOR: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

EMPLEADOR DEL CONYUGE: _____ (____) _____
Si es menor, empleador de madre Teléfono del trabajo _____

DIRECCION DEL EMPLEADOR: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

*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: _____ NUMERO: _____

Motivo de visita : _____ MEDICO FAMILIAR: _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE LE REFIRIÓ: _____ RADIOGRAFIAS 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 beneficios de seguro directamente a la Central de Nebraska de ortopedia, y cualquier médico auxiliador, por servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos que 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 doy consentimiento a tales procedimientos de la examinación de diagnóstico, radiografías 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.

FECHA: _____ FIRMA: _____

Firma del paciente o la persona responsable