

PACIENTE FORMULARIO DE INFORMACION

SECCION DE INFORMACION

MARQUE UNO MR MRS MISS MS		APELLIDO	NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DIRECCION POSTAL					<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		
TELEFONO (CASA)	TELEFONO (TRABAJO)	TELEFONO (CELULAR)	CORREO ELECTRONICO			
QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA?		HA SIDO TRATADO POR CUALQUIER MEDICO DE ESTA PRACTICA ANTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CUANDO?				
NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO DE FAMILIA						
NOMBRE DEL EMPLEADOR				OCUPACION		
DIRECCION DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		
NOMBRE DE PAREJA O PADRES DEL PACIENTE		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACION CON EL PACIENTE	<input type="checkbox"/> PADRES	<input type="checkbox"/> PAREJA	<input type="checkbox"/> OTRO
DOMICILIO DE PAREJA SI ES DIFERENTE		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE	RELACION	TELEFONO (CASA)	TELEFONO (TRABAJO)
--------	----------	-----------------	--------------------

INFORMACION DEL SEGURO - POR FAVOR, TRAIGA LAS TARJETAS DEL SEGURO A LA RECEPTIONISTA

COMPAÑIA DE ASEGURANZA (PRIMARIA)			COMPAÑIA DE ASEGURANZA (SECUNDARIA)		
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	DIRECCION POSTAL	CIUDAD	ESTADO
NOMBRE DEL SUScriptor (PRINCIPAL)	RELACION/FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL SUScriptor (PRINCIPAL)	RELACION/FECHA DE NACIMIENTO		
NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE GRUPO	NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE GRUPO		

HISTORIA DEL PROBLEMA

POR FAVOR, EXPLIQUE BREVEMENTE PORQUE USTED ESTA VIENDO EL MEDICO, ESPECIFIQUE LA IZQUIERDA O DERECHA

EL PRIMER SINTOMA O FECHA DE LA LESION

COMO SE LE OCURRIO Y CUANDO?

ERA UN AUTOMOVIL INVOLUCRADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DEL ACCIDENTE	NOMBRE DEL ABOGADO	# TELEFONO
---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------	------------

SE LESIONO EN EL TRABAJO? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETAR EL TRABAJO DE LA SECCION LESIONES RELACIONADAS CON EL TRABAJO.

LESIONES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO DE COMPENSACION	NOMBRE DE AJUSTADORES - NUMERO DE TELEFONO		
DIRECCION DEL SEGURO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL EMPLEADOR (EN EL MOMENTO DE LA LESION)		NOMBRE DEL SUPERVISOR	
DOMICILIO		TELEFONO DEL SUPERVISOR	
ENFERMERA GERENTE DE CASO		NUMERO DE TELEFONO	
LA DEMANDA INDUSTRIAL Y EL NUMERO DE CASO		FECHA DE LESION	

PERMISO PARA OBTENER LA HISTORIA CLINICA Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo Ortopedia Webster para divulgar informacion sobre me tratamiento o examen prestados a mi en busca de atencion medica o quirurgica a la compania de seguros o de los representantes. Tambien autorizo el pago se efectua directamente a Ortopedia Webster en la cantidad debida de todos los gastos medicos y/o quirurgico para mi o mis dependientes eligibles. Entiendo que soy financieramente responsable por los importes no cubiertos o pagados por mi compania(s) de seguros.

FIRMA X _____ FECHA _____

POR FAVOR, COMPLETE EL REVERSO DEL FORMULARIO

A nuestros pacientes de Medicare: Por favor, firme la autorizacion de los beneficiarios en el reverso.

MEDICARE PATIENTS ONLY

LIFETIME BENEFICIARY AUTHORIZATION

(NOMBRE DEL BENEFICIARIO)

(NUMERO DE IDENTIFICACION MEDICA)

Solicito el pago de beneficios autorizados de Medicare ser hechos a mi o en mi nombre a la **ORTOPEDIA WEBSTER** para cualquier servicio medico con el Doctor/proveedor. Yo autorice todo poseedor de la informacion medica sobre mi a comunicar a la administracion de financiacion de la sanidad y sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios a nombre de los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que el pago sea hecho y autoriza la divulgacion de informacion medica necesaria para pagar el reclamo. Si el articulo 9 del formulario de reclamacion HCFA-1500 se ha completado, mi firma autoriza la liberacion de la informacion a la compañía de seguros o agencia de muestra. En los casos asignados a Medicare, el medico o el proveedor se compromete a aceptar la determinacion de la carga de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable solo por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. Coaseguro y el deducible se basan en la determinacion de la carga de Medicare.

BENEFICIARIO FIRMA

FECHA