



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

SEGURIDAD SOCIAL : _____

(MR.. SRA. MS) NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR NO: _____ ALTERNO NOI: _____

CASADO? Y/N CÓNYUGE NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE / TUTOR NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEGURO SOCIAL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR NO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

EMPLEADO? Y/N NOMBRE DEL EMPLEADOR TRABAJADOR: _____ TRABAJO NO: _____

HISTORIAL MÉDICO

MEDICO REMITENTE MEDICA: _____ DE CABECERA: _____

FECHA DE LA LESIÓN; _____ QUIERDA / DERECHA / BILATERAL PARTE DEL CUARPO AFECTADA:: _____

¿ES USTED DIABÉTICO? Y/N NOMBRE DE SU PHYISICAN: _____ TELEFONO: _____

SEGURO DE PRIMARIA : _____ DIRECCIÓN: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____ GRUPO NO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TITULAR DE LA POLITICA SOCIAL: _____

NOMBRE DEL SEGURO DE SECUNDARIA: _____ DIRECCIÓN: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____ GROUP: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ TITULAR DE LA POLITICA SOCIAL: _____

COMPENSACIÓN DE EMPRESA MANEJO RECLA ACOPM REGULADOR DE:: _____ TRABAJADOR: _____

TELÉFONO NO: _____ RECLAMAR NINGÚN EMPLEADOR EN: _____ EL MOMENTO DE LA LESIÓN: _____

AUTORIZACIÓN PARA ASIGNAR LOS BENEFICIOS AL PROVEEDOR Y LA INFORMACIÓN MÉDICAL: SOLICITO QUE EL PAGO DE SERVICIOS TECNICOS AUTORIZADO MEDICARE, MEDICAID,, SEGUROS PRIVADOS Y OTROS BENEFICIOS DE EFECTUAR EN MI NOMBRE PARA LA A LA SOCIEDAD SOBRE LOS PRODUCTOS Y Sevicios QUE HAN PROVEDED para mí. i ADEMÁS AUTORIZO A UNA COPIA DE ESTE ACUERDO PARA SER USADO EN EL LUGAR DE LA ORIGINAL Y AUTORIZO CUALQUIER TITULAR DE LA INFORMACIÓN MÉDICA METO DE PRENSA DEL CENTRO DE Medicare y Medicaid y los agentes o terceras personas cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o CUMPLIMIENTO NORMAS salud actual. Reconozco haber recibido una copia de CAPSTONE ORTHOPEDIC INC S 1) AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD, 2) MEDICARE NORMAS DE PROVEEDORES Y 3) POLÍTICA FINANCIERA

FIRMA DEL PACIENTE / RESPONSABLE DEL PARTIDO _____ FECHA DE HOY: _____

IMPRIMA NOMBRE DEL PACIENTE / RESPONSABLE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

¿QUIERES ENVIAR UN RECORDATORIO: _____ RECORDATION? Y/N DIRECIONDE EMAIL: _____