

# ARTHRITIS & SPORTS

Orthopaedics • Physical Therapy • Wellness

## REGISTRACION DE PACIENTE

POR FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

|                               |                   |                                  |             |               |                  |      |      |
|-------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------|---------------|------------------|------|------|
| NOMBRE DE PACIENTE : APELLIDO |                   | NOMBRE                           |             | INI:          | ESTADO CIVIL     |      |      |
| DIRECCION DE CASA             |                   | CIUDAD                           | ESTADO      | CODIGO POSTAL | FECHA NACIMIENTO | EDAD | SEXO |
| NUMERO DE CASA                | NUMERO DE TRABAJO | NUMERO CELLULAR                  | # DE SOCIAL |               | OCUPACION        |      |      |
| CORREO ELECTRONICO            |                   | NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR |             |               |                  |      |      |

|                                   |  |             |                             |
|-----------------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO</b> | NOMBRE DEL TITULAR   | # DE SOCIAL | FECHA NACIMIENTO DE TITULAR |
|                                   | RELACION CON EL PACIENTE<br><input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |             |                             |

|                                     |  |             |                             |
|-------------------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO</b> | NOMBRE DEL TITULAR   | # DE SOCIAL | FECHA NACIMIENTO DE TITULAR |
|                                     | RELACION CON EL PACIENTE<br><input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |             |                             |

## PARA ACCIDENTES RELACIONADOS CON EL TRABAJO

FECHA DE ACCIDENTE \_\_\_\_\_ EL ACCIDENTE FUE REPORTADO A SU SUPERVISOR?  SI  NO

NOMBRE DE SUPERVISOR \_\_\_\_\_ TELEPHONO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCION DEL SEGURO DE SU COMPANIA:

\_\_\_\_\_  
#TELEFONO \_\_\_\_\_ # DE FAX \_\_\_\_\_  
#RECLAMO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE CONTACTO \_\_\_\_\_

## POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS

ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ FARMACIA DE PREFERENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU PRIMARIO: \_\_\_\_\_ DIRECCION DE SU DOCTOR: \_\_\_\_\_  
Por favor incluya nombre y apellido Incluya direccion

ALLERGIAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS PRESENTES (enumerar todos)

|  | Nomre | Dosis | Frecuencia | Razon |
|--|-------|-------|------------|-------|
| LA RAZON PARA VER AL CIRUJANO OEROPEDICO :1. | _____ | _____ | _____      | _____ |
| 2.   | _____ | _____ | _____      | _____ |
| 3.   | _____ | _____ | _____      | _____ |
| 4.   | _____ | _____ | _____      | _____ |
| 5.   | _____ | _____ | _____      | _____ |
| 6.   | _____ | _____ | _____      | _____ |

Cuando comenzaron sus sintomas?: \_\_\_\_\_

**LIBERACION DE SU HISTORIAL  
MEDICO**

Yo autorizo y pido la liberación de mi historial medico a:

1- Mi Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

2-Otro Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mencione abajo a los individuos (familiares, amigos, interpretes, etc.) a los que usted permita que se le comparta información personal de Arthritis & Sports si fuese necesario durante el tiempo de su tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

**FIRMA DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**“AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS”  
Reconocimiento de Recibo**

Al firmar esta pagina, reconozco haber recibido información sobre HIPAA la cual describe como su información medica puede ser utilizada y compartida.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE SUS BENEFICIOS DE SALUD**

Como el paciente cuyo nombre aparece a continuación, por la presente autorizo a Arthritis & Sports Orthopaedics, P.C. Para presentar en mi nombre el pago de cualquier beneficio médico que surja de cualquier seguro que me cubra y por la presente asignar los beneficios a Arthritis & Sports Orthopaedics, P.C. Para su aplicación en la factura del paciente. Certifico que la información reportada con respecto a mi cobertura de seguro es exacta y completa y autorizo además la divulgación de la información necesaria, incluyendo información médica, para esta o cualquier reclamación relacionada de beneficios médicos. Permiso que se use una fotocopia de esta autorización en lugar del original.

Entiendo que soy responsable del pago a Arthritis & Sports Orthopaedics, P.C. Todos los coaseguro, copagos y deducibles según lo requiera mi seguro y los acuerdos de participación (si los hubiere) entre la compañía de seguros y Arthritis & Sports Orthopaedics, P.C. Además, seré responsable del pago de los cargos no cubiertos por mi plan de seguro.

El pago se espera en el momento en que los servicios se prestan. Todos los servicios profesionales prestados se cobran al paciente y el paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de la compañía de seguros. Arthritis & Sports Orthopedics, P.C. Facturará los cargos a las compañías de seguros del paciente y cualquier cantidad restante se facturará al paciente. Cualquier saldo adeudado, por cualquier razón, p. Co-pagos, no tener una remisión adecuada, negación de los beneficios de la compensación del trabajador, la incapacidad del paciente para proporcionar información exacta del seguro en forma oportuna, es responsabilidad del paciente. Las cantidades que son responsabilidad del paciente deben ser pagadas dentro de 30 días, y Arthritis & Sports Orthopedics, P.C. Se reserva el derecho de aumentar el saldo del paciente en retraso en un 20% como un cargo por pago tardío inmediatamente y cada 30 días a partir de entonces. En caso de que la cuenta del paciente sea entregada a una agencia de recaudación y / oa un abogado para el pago debido, el paciente y / o el garante serán acusados y serán responsables por un 30% adicional del monto del principal en honorarios de recolección y todos los honorarios de abogados ; El monto principal incluye cualquier saldo pendiente del paciente. El paciente y el garante aceptan ser responsables y pagar intereses del 18% sobre cualquier saldo impagado debido a Arthritis & Sports Orthopedics, P.C. El personal de Arthritis & Sports Orthopedics, P.C. Con mucho gusto le ayudará con cualquier aspecto de esta política. Política de cancelación

**(a partir del 1 de septiembre de 2018)**

Si no puede mantener su cita, necesitamos un aviso de cancelación de 24 horas para evitar un cobro de \$100. Cancelaciones para las inyecciones/procedimientos de fluoroscopia incurriran en una tarifa de \$200.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE

SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD FIRMA DE TITULAR ES NESECARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE TITULAR