



Solo para uso de la oficina/For Office Use Only:
Account #: _____

INFORMACION DEL PACIENTE (Por favor use letra de imprenta) Fecha: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Inicial del 2do. Nombre: _____

Dirección Calle: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

1) Número de Teléfono: Celular/Casa/Trabajo/Otro _____; (_____) _____

2) Número de Teléfono: Celular/Casa/Trabajo/Otro _____; (_____) _____

Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad: ____
Mes - Dia - Año

Sexo: Femenino Masculino

Estado Marital: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección de Correo Electrónico (E-Mail): _____

Profesión u Ocupación: _____

Compañía donde Trabaja: _____

REPRESENTANTE LEGAL (llene esta sección si el paciente es un menor) Yo Soy el paciente:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Inicial del 2do. Nombre: _____

Dirección Calle: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

1) Número de Teléfono: Celular/Casa/Trabajo/Otro _____; (_____) _____

2) Número de Teléfono: Celular/Casa/Trabajo/Otro _____; (_____) _____

Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad: ____

Sexo: Femenino Masculino

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección de Correo Electrónico (E-Mail): _____

Profesión u Ocupación: _____

Compañía donde Trabaja: _____

Vínculo con el paciente: _____

¿Cómo usted se enteró de Choice O&P? Lo refirió su Doctor Comercial en la radio

Sitio en la Internet (Web) Amigo / Familia Otro _____

INFORMACION MEDICA (por favor llene esta sección completamente)

Doctor que lo refirió: _____ # de Tel.: _____

Doctor Primario: _____ # de Tel.: _____

Diagnostico / Tipo de lesión: _____

¿Fue usted herido(a) en un accidente automovilístico? SI NO

¿Fue usted herido(a) en un accidente laboral? SI NO

¿A usado un aparato ortopédico o extremidad postiza en los últimos cinco (5) años
SI NO

¿Tiene alergias a látex o neopreno? SI NO

¿Sufre de Diabetes? SI NO

Si es Diabético (a), Nombre del doctor que trata su Diabetes: _____

de Tel. _____

PACIENTES CON PROTESIS : derecha Izquierda Debajo de la Rodilla

Arriba de la Rodilla Extremidad Superior Fecha de la amputación: _____ - _____ - _____

INFORMACION DE SEGURO (Por favor llene esta sección y entregue sus tarjetas de seguro a la recepcionista)

¿Es su plan de seguro del Affordable Health Care Act (Obamacare)?

SI NO

Nombre del Asegurado: Yo Otro: _____

Fecha de Nacimiento Del Asegurado: ____ - ____ - ____

Vínculo con el Paciente: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Asegurado: Yo u Otro: _____

Fecha de Nacimiento Del Asegurado: ____ - ____ - ____

Vínculo con el Paciente: _____

SEGURO A TRABAJADORES (Workmens Comp) / SEGURO DE RESPONSABILIDAD (Liability Insurance) *MVA / Reclamos a Seguro de Responsabilidad – Usted es responsable por el pago de todos los servicios. Pagos no se pueden suspender mientras usted espera una decisión en su reclamo a la compañía de seguros.

Número del reclamo (Claim number): _____ Fecha de la lesión: ____ - ____ - ____

Lugar donde ocurrió la lesión: _____

Compañía de empleo cuando ocurrió la lesión: _____

Número de teléfono de la compañía de empleo: _____

Nombre del agente asistiéndolo con su reclamo: _____

Número de teléfono del agente: _____

Para uso de la oficina/For Office Use Only: Pt Name: _____ DOB: _____
Choice Orthotics and Prosthetics, 314 Erin Drive, Suite 101, Knoxville, TN 37919, 865-588-4256

RECIBIDO

Yo certifico que he recibido una copia de las Normas de Privacidad y los Derechos del Paciente (Notice of Privacy Practices and Patient Bill of Rights) de Choice O&P, Las Normas de Suplidor de Medicare (Medicare Supplier Standards), Información de la Garantías, Declaraciones de Propósito (Mission Statement) y Responsabilidades del Paciente, las cuales están dentro del folleto al paciente.

X _____
Firma del Paciente (o representante legal) **Fecha**

CITAS

Nosotros asignamos citas a un paciente a la vez y estas citas son solo para usted. Si usted llega diez (10) o más minutos tarde a su cita, podría ser necesario asignarle una cita para otro día.

DEVOLUCION DE EQUIPO

La ley Federal de los Estados Unidos prohíbe el re-uso de equipo y suministros médicos. Por lo tanto, CHOICE O&P no puede aceptar la devolución o reembolso de ningún equipo prescrito a usted, excepto en caso de equipos defectuosos.

PAGOS

Yo acuerdo que en caso que mi seguro o tercera persona responsable por los pagos niegue a pagar el costo de compra o alquiler del equipo o servicios, que yo seré responsable por esos pagos. Si por cualquier razón mi cuenta no fuese pagada y declarada morosa (delinquent), Yo acuerdo a pagar por todos los gastos facturados, interés, costos de recolección, y costos legales razonables. Llamadas demandando pago puede ser hechas a cualquier número de teléfono (incluyendo números celulares) que usted nos haya suministrado.

DIVULGACION DE INFORMACION

Yo autorizo a todos mis proveedores de servicios médicos a proporcionar a Choice Orthotics & Prosthetics cualquier información necesaria, incluyendo Información Protegida De la Salud (PHI por sus siglas en ingles), para pre-autorizar o facturar servicios o equipos recibidos de Choice O&P. Yo autorizo Choice Orthotics & Prosthetics a suministrar información médica a los proveedores de servicios médicos que me refirieron. Yo entiendo que este PHI no será usado para ningún otro propósito no mencionado arriba y será sujeto a todas las reglas y regulaciones aplicables a la información personal protegidas por HIPPA. Yo acuerdo a que esta autorización a divulgar información será válida por el periodo de tiempo durante el que este bajo el cuidado de personal de Choice O&P, a menos que lo revoque por escrito.

X _____
Firma del Paciente (o representante legal) **Fecha**



ACUERDO A MENSAJES EN RESPECTO A SU CUIDADO MEDICO

Yo, _____, autorizo al personal de Choice O&P a dejar mensajes relacionados con mi cuidado médico de la siguiente manera si yo no estoy disponible:

- SOLO** deje información a mi persona – No mensajes de voz serán grabados. (Si marca esta opción, salte a la sección de Información de Contacto más abajo)

Por favor marque todas las opciones que prefiera (si marcó la de arriba, deje estas en blanco)

- Deje información sobre los estimados de responsabilidad del paciente en mi grabadora de mensajes de voz o correo de voz, o en mensajes de correo electrónico (email) con criptografía.
- Deje información con preguntas generales en mi grabadora de mensajes de voz o correo de voz

Si marca cualquiera de las opciones siguientes, por favor suministre el nombre a la cual podemos dar información:

- Puede dejar información de estimados de responsabilidad del paciente con la siguiente persona(s)
- Puede dejar preguntas generales o informaciones con la siguiente persona(s)
- Prefiero que todos los mensajes sobre mi cuidado médico se dirijan a la siguiente persona(s)

<i>Nombre de la Persona(s) Autorizada</i>	<i>Vinculo</i>	<i>Número de Teléfono</i>

¿Lo podemos contactar para preguntas sobre nuestros servicios y estudios de mercado? SI NO

X _____

Firma del Paciente (o representante legal)

Date