

Georgia Orthopedic Resources

Aviso de Prácticas Privadas

Información del Paciente Marque la caja si la información haya cambiada desde la visita pasada

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Primero

Segundo

Apellido

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Número del Teléfono _____ Número del Celular _____ Altura _____ Peso _____

Correo Electronico _____ Hombre Hembra

¿El Paciente es Diabético? Sí No Medico Diabética _____ Teléfono del Médico _____

Número de la seguridad social _____ - _____ - _____ Médico que se nos refirió _____ Teléfono _____

¿Usted ha estado tratado por una terapeuta física u ocupacional? Sí No ¿Quién? _____

El lugar de la cita _____ Fecha del accidente ____/____/____

¿Anteriormente usted ha llevado unos aparatos ortopédicos? Sí No ¿Qué tipo? _____

Seguro Primario _____ ID # _____

Asegurado _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Seguro Secundario _____ ID # _____

Asegurado _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre de la escuela donde asiste su hijo _____ Teléfono _____

Cirugías _____ Alergias _____

Medicamentos _____

Para pacientes de menor edad, por favor provea la información acerca de la persona responsable de los pagos

Nombre _____ Número del Trabajo _____ Número del Celular _____

Dirección _____ Número de la seguridad social _____ - _____ - _____

Relación al Niño _____ Correo Electrónico _____

Yo doy Georgia Orthopedic Resources los derechos de usar las fotos de _____ para propósitos de márketing y entrenamiento.
Nombre del Paciente

Firma: _____ Fecha ____/____/____

El hecho de firmar abajo, yo autorizo la liberación de cualquiera información médica para procesar la demanda de los servicios prestados por South GA Orthopedic Resources. También yo solicito los pagos de beneficios a South Georgia Orthopedic Resources para estos servicios. South Georgia Orthopedic Resources intentará a verificar los beneficios del seguro antes de irse de la oficina. Si estamos incapaz de verificar su seguro, vayamos a intentar a cobrar la compañía del seguro. Sin embargo, usted entiende que está responsable para cualquier saldo debido a South GA Orthopedic Resources como la resulta de no tener cobertura, pago parcial, deducible, o copago. Esperamos los pagos en el mismo tiempo cuando los servicios están prestados o podamos arreglar un plan de pagar.

Firma: _____ Fecha ____/____/____

Yo certifico que me ofrecieron un aviso de prácticas privadas de South GA Orthopedic Resources. El aviso de prácticas privadas describe los tipos de los usos y la revelación de mi información médica y protegida que pueda ocurrir durante mi tratamiento, los pagos de mis facturas, o en el rendimiento de las operaciones del cuidado de la salud de South GA Orthopedic Resources. El hecho de firmar abajo, yo consiento al uso o la revelación de mi información médica y protegida por South GA Orthopedic Resources con el propósito de proveer tratamiento para mí, obtener pagos para mis fracturas del cuidado de salud, o para llevar a cabo las operaciones del cuidado de seguro de South Georgia Orthopedic Resources.

X _____ Fecha ____/____/____

Firma del Paciente o Representante Personal

Nombre del Paciente o Representate Personal