

# Georgia Orthopedic Resources

## Formularios de registro de pacientes

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 marketing 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