

◆ **INFORMACION DEL PACIENTE** ◆

Ronald L. Teed, M.D., PC



Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____ Numero de Licencia: _____

Direccion de su Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

If mailing address is the same as home address, check here:

Direccion de Correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Numero de Telefono de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Empleo: _____ Numero de Trabajo: _____

Medico Familiar: _____ Numero de Telefono: _____

Paciente Referido por parte de: _____

Idioma Preferido del Paciente: _____

Paciente Usted Es: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otra

Responsable de Pago/Esposo/a /Guardian/Informacion de Padres:

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Idioma Hablado: _____

Empleo: _____ Numero de Trabajo: _____ Numero de Licencia _____

Contact de Emergencia (Debe tener un numero de telefono diferente que al paciente):

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____ Relacion: _____

◆ **INFORMACION DE ASEGURANS:** ◆

◆ Usted va ser visto por un accidente de automovil o accidente de trabajo? Si No

◆ Si la aseguransa es por parte de su trabajo y la poliza esta debajo su nombre, Marque Aqui: (Usted no necesita completar la informacion debajo.)

◆ Si la aseguransa esta debajo de el trabajo de su esposo/a, padres, o si el paciente tiene aseguransa secundaria, por favor de llenar la informacion de la persona que es responsable debajo.

Nombre de Aseguransa Primaria: _____ Pago Personal de Aseguransa (Si Debe): _____

Nombre de persona reponsable de poliza de aseguransa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____ Numero de Licencia: _____

Numero de Indentificacion: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de Aseguransa Secundaria: _____ Pago Personal de Aseguransa (Si Debe): _____

Nombre de persona reponsable de poliza de aseguransa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Numero de Licencia: _____

Numero de Indentificacion: _____ Numero de Grupo: _____

◆ ◆ **SABE SI SU PLAN DE SALUD REQUIERE UNA REFERENCIA PARA EL CUIDADO DE UN ESPECIALISTA?** ◆ ◆

Por favor asegurese que su referancia o autorizaciones previas se han completado antes de su cita.

Yo Presente:

- ◆ Autorizo a Cascade Orthopedic Surgery a liberar informacion a mi portador(s) del seguro con respecto a mi enfermedad, con respecto a la herida, o con respecto al tratamiento.
- ◆ Reconozco que soy ultimamente responsable de cualquier autorizacion(s) or referencia(s) previas requeridas por mi aseguransa.
- ◆ Assumo completa responsabilidad financieras para cualquier cuenta negada, rechazada, o si esta pendiente por mi aseguransa por tiempo extendido.

Firma: _____ **Fecha:** _____