

ORTHOPAEDIC & SPORTS MEDICINE CENTER OF MIAMI, P.A.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Ext. _____
 Circule: Varón Hembra Circule: Casado / Casada Soltero / Soltera Viudo / Viuda
 Fecha de Nacimiento: _____ Numero Social: _____ E-mail: _____
 Su lesión fue resultado de algún accidente? Si No Su accidente ocurrió en: Casa Trabajo Auto Escuela Otro _____
 Fecha del Accidente: _____ Descripción del Accidente: _____

Usted fue tratado por Sala de Emergencia? Si No Cual Sala de Emergencia? _____

Nombre del Medico que lo atendió: _____ Examen Radiológicos ? Si No

Por Favor Describe que Exámenes Hicieron: _____

Nombre del Medico Primario o Personal: _____ Quien lo Refirió a la oficina ? _____

Nombre del Empleado: _____ Dirección: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Si El Paciente es un Menor de Edad, Por Favor Completa Esta Sección

Nombre de Madre: _____ SSN: _____ DOB: _____

Nombre de Padre: _____ SSN: _____ DOB: _____

Información del Seguro Personal y Presente su Seguro a la Recepcionista

1- Nombre del Seguro: _____ ID: _____

Nombre del Segurador: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Grupo: _____

Numero del Autorización: _____ Visitas Aprobado: _____ Expira: _____

#2- Nombre del Seguro: _____ ID: _____

Nombre del Segurador: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Grupo: _____

Numero del Autorización: _____ Visitas Aprobado: _____ Expira: _____

Yo autorizo pago directamente a Orthopaedic & Sport Medicine Center of Miami, P.A. y/o Daniel G. Kalbac, M.D. por los beneficios rendido hacia mi persona de mi seguro personal presentado. Yo también autorizo cualquier historia clínica será sometido a mi seguro personal. Esta copia de mi autorización puede ser usada en lieu de su original. Autorizo cualquier poseedor de información y historia clínicas de mi personal a Social Security Administration and Health Care Financing Administración o sus afiliados con informaciones necesario para esto o relación demanda por Medicare. Yo demando pago por los beneficios de mi seguro medico hacia mi persona o a los participantes que aceptan asignación. Estoy consciente que seré responsable por los cargos de esta oficina y los servicios ofrecidos en caso que mi seguro personal no cubre através de esta autorización.

Yo recibo la información de HIPAA – Summary of Notice of Privacy Practices of Orthopaedic & Sport Medicine Center of Miami, P.A. y firmo la Acknowledgement of Receipt.

Recibo y entiendo la Summary of Notice and HIPAA. Inicial: _____

Firma: _____ Fecha: _____