

PATIENT INFORMATION FOR MEDICAL RECORDS/INFORMACION DEL PACIENTE PARA REGISTRO MEDICO

Last Name/Apellido _____ First Name /Primer Nombre _____ M _____
 Home Address/Dirección _____ City/Cuidad _____ State/Estado _____ Zip/Código Postal _____
 Home/Work/Cell Phone / Teléfono de Casa/ de Trabajo/ Mobil (____) _____
 Home/Work/Cell Phone / Teléfono de Casa/ de Trabajo/ Mobil (____) _____
 Email/Correo Electronico _____ Sex/Sexo: M F Marital Status/Estado Civil: S M
 Date of Birth/ Fecha De Nacimiento ____/____/____ SSN : ____/____/____ Age/Edad _____
 Employer/Empleador _____ Occupation/Ocupación _____

Referred by whom/Referido por quien: _____
 Family Doctor/ Doctor de Familia: _____
 Emergency Contact/ Contacto De emergencia: _____
 Relationship to Patient/ Relación al paciente: _____ Phone Number/Teléfono (____) _____

IF PATIENT IS A MINOR, PLEASE COMPLETE USING PARENT INFORMATION /SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, COMPLETE UTILIZANDO LA INFORMACION DE LOS PADRES:

Father's Name/Nombre De Padre: _____ Work Phone/Teléfono De Trabajo: (____) _____
 Mother's Name/Nombre de Madre _____ Work Phone/Teléfono De Trabajo (____) _____

INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

IS THIS A WORK RELATED INJURY?/ Es esta una lesión relacionada con el trabajo? YES/SI NO

PRIMARY INSURANCE/SEGURO PRIMARIO

Insurance/Compañía de Seguro _____
 If HMO which IPA/Si es HMO cual IPA: _____
 Subscriber ##/# de Suscriptor _____
 Group ##/# De Grupo _____
 Subscriber/Suscriptor _____ DOB: _____
 Relationship/Relación: _____
 Co-payment/ Co-pago \$ _____

SECONDARY INSURANCE/ SEGURO SECUNDARIO

Insurance/Compañía De Seguro _____
 If HMO which IPA/Si es HMO cual IPA: _____
 Subscriber #/ # de Suscriptor _____
 Group ##/# De Grupo _____
 Subscriber/Suscriptor _____ DOB: _____
 Relationship/Relación _____
 Co-payment/ Co-Pago\$ _____

CO-PAYMENTS ARE DUE AT THE TIME OF SERVICE/CO-PAGOS SE DEBEN PAGAR AL MOMENTO DE SERVICIO

AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT, RELEASE OF MEDICAL INFORMATION AND FINANCIAL AGREEMENT. I/WE DIRECTLY ASSIGN ALL MEDICAL/SURGICAL BENEFITS TO THE ORTHOPEDIC SURGEON AND UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I HEREBY AUTHORIZE THE ORTHOPEDIC SURGEON TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY TO SECURE THE PAYMENT OF BENEFITS.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO.DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA Y ACUERDO FINANCIERO. YO/NOSOTROS ASIGNAMOS DIRECTAMENTE TODOS LOS BENEFICIOS MEDICAUSURGICOS AL CIRUJANO ORTOPEDICO Y ENTIENDO QUE ESTOY FINANCIERAMENTE. RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS YA SEA PAGADOS O NO POR EL SEGURO. POR LA PRESENTE AUTORIZO AL CIRUJANO ORTOPÉDICO A DIVULGAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO DE BENEFICIOS.

 Patient Signature or Legal Guardian/
 Firma de Paciente o Guardian Legal

 Print Name/Nombre

 Date/ Fecha