

Información del Paciente

NOMBRE

TELEFONO DEL CASA

DIRECCION

APTO

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

FECH DEL NACIMIENTO

EDAD

SEGURO SOCIAL

M OR F

ESTADO MATRIMONIAL

ALTURA

PESA

TELEFONO DE CELLULAR

NUMERO DE LICENCIA

ESTADO

FECHA DE VENCIMIENTO

QUE HORA ES CONVENIENTE PARA LLAMAR LE ?

PATRON

OCUPACION

PATRON DIRECCION

TELEFONO DEL TRABAJO

ESPOSO/A / PADRE / MADRE / GUARDIAN

TELEFONO

Información de Aseguransa Medicare Medi-Cal CCS HMO PPO Private VA Dinero Otro

NOMBRE DEL DOCTOR PRINCIPAL

TELEFONO DEL DOCTOR

ASEGURANS PRINCIPAL

TELEFONO DEL ASUGURANS

NUMERO DEL ASEGURANS

NOMBRE DEL GRUPO MEDICO (SÍ ES HMO)

ASEGURANS SECONDARIA

NUMERO DEL ASEGURANS

Sí Se Lastimo en el Trabajo...

NOMBRE DEL LA COMPANIA DONDE SE LASTIMO

FECHA EN QUE SE LASTIMO

NOMBRE DEL LA ASEGURANS RESPONSIBLE

NUMERO DEL LA RECLAMACION

NOMBRE DEL AJUSTADOR

TELEFONO DEL AJUSTADOR

Por favor leer lo Siguiente y firmar

Yo doy autorización a Human Designs que me dé servicios médicos recetados por mi doctor. Doy autorización a Human Designs que le dé información a petición a mi aseguransa. También voy a dar ordenes a mi aseguransa que le pague directamente a Human Designs por los servicios médicos. Yo entiendo que si mi aseguransa necesita una autorización y si decido recibir servicios antes de una autorización escrita, voy a aceptar responsabilidad financiera. Entiendo que la autorización no es una garantía de pago, solo una garantía de servicios médicos departe de me aseguransa. Entiendo que si no soy elegible en el día de los servicios, o si depuse es determinado que mi plan no cubre lo que voy a recibir, yo soy responsable por el pago completo. Yo entiendo que me aseguransa puede descontar una cantidad del pago a Human Designs y soy responsable de pagar pronto por esta cantidad. Lo que reciba o pagos no son reembolso para reducir alguna deuda. Mi firma también da permiso para que me doctor, grupo medico, y/o mi hospital de registro médicos que Human Designs necesite para procesar mi cuenta.

Firma

Fecha

Office use only:

Human Designs Prosthetics & Orthotics

ESTA INFORMACION ES NECESARIA PARA DETERMINAR SU COBERTURA PARA ESTOS SERVICIOS

Ha recibido estos mismos servicios/aparatos o servicios/aparatos similares en el pasado? Si No

Si contesto si, cuales servicios/aparatos: _____

Donde recibió estos servicios/aparatos? _____

Cuando los recibió? _____

Regreso el aparato al proveedor original? Si No

Es necesario reemplazar el aparato? Si No

Hay necesidad medica? Si No

Describa la necesidad previa: _____

Describa la necesidad presente: _____

Reconocimiento Que Recibí el Notice of Privacy Practices

Atesto que recibí una copia del Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) de Human Designs. El Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) describe los tipos de empleo y revelamiento de mi información medica que pudieran suceder con mi tratamiento, pago de mi cuenta o en otras clases de operaciones de Human Designs. El Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) describe mis derechos y los deberes de Human Designs con respecto a mi información medica que esta pretejida. El Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) esta puesto en los cuartos de pacientes y en la website de Human Designs www.humandesigns.com.

Human Designs reserva el derecho de cambiar la póliza de privacidad descrito en el Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices). Yo puedo obtener una copia del Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) revisado con hablar a la oficina y pidiendo que me manden una copia por correo, pidiendo una cuando tenga una cita o en la website de Human Designs.

Firma del Paciente o Representante Personal

Letra de Molde del Paciente o Representante

Fecha

Relación del Representante