

# P&O Associates – Formulario De Registro Del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M F Estado Civil: C S D Otro \_\_\_\_\_  
Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Medico que Receto: \_\_\_\_\_ Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Medico Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Como Supiste De P&O Associates?: \_\_\_\_\_

---

---

**SEGURO PRIMARIO:** \_\_\_\_\_ **ID #** \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_  
Relación del Asegurado con el Paciente:  Paciente  Esposo/Esposa  Dependiente  Otro \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección (si diferente del paciente): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

---

**SEGURO SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_ **ID #** \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_  
Relación del Asegurado con el Paciente:  Paciente  Esposo/Esposa  Dependiente  Otro \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección (si diferente del paciente): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

---

**CUBIERTO POR COMPENSACION POR ACCIDENTE De TRABAJO? Si No #Demanda** \_\_\_\_\_

Asegurador de Accidente: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Encargado del Caso: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo, el que suscribe por la presente acuerdo y doy mi consentimiento para que Prosthetic & Orthotic Assoc., Inc. (POA) nos provea atención medica a mi dependiente o a mi. Asimismo, certifico que yo (o mi dependiente) poseo la cobertura del seguro como se indica anteriormente y cedo directamente a POA todos los beneficios del seguro por los servicios provistos, si los hubiere, a menos que sean pagaderos a mi favor. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no mi compañía de seguros. Autorizo a POA a divulgar toda la información que sea necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de la presente firma en todos los informes de la compañía de seguros.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Guardián/Representante Firma

\_\_\_\_\_  
Empresa Nombre y Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha