

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