

# SUPERIOR ORTHOPEDICS

*Dr Joseph P. Spott*



## NUEVA DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FARMACIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
(CALLE DIRECCIÓN) (CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)

TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ (solo para comunicación con pacientes y recordatorios de citas)

DOCTOR PRIMARIO \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL CUIDADOR \_\_\_\_\_



*Cuéntanos cómo te enteraste del Dr. Spott.* \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL- SOLTERO / CASADO / DIVORCIADO / VIUDO

RAZA: \_\_\_\_\_

ETNICIDAD - LATINO HISPANO / LATINO NO HISPANO / DESCONOCIDO / RECHAZADO

EMPLEADOR DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

¿ES ESTA VISITA DEBIDA A UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO? SI/ NO

¿ES ESTA VISITA DEBIDA A UN ACCIDENTE DE VEHÍCULO MOTOR O LESIÓN DE TERCEROS? SI/ NO

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, responda las preguntas a continuación

¿Cuál fue la fecha del accidente? \_\_\_\_\_

¿Dónde sucedió el accidente? \_\_\_\_\_

¿Se informó el accidente? \_\_\_\_\_

Nombre del administrador de casos y número de teléfono \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Cuando inicie sesión, entregue las tarjetas de seguro y las tarjetas de identificación (licencia de conducir, identificación estatal) en la recepción.

¿De quién es el seguro primario? \_\_\_\_\_

Si es diferente a usted, escriba: Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ & SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

Relación con usted: (ejemplo: esposa, esposo) \_\_\_\_\_

## **PÁGINA DE FIRMA**

### **Asignación de beneficios del seguro**

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo la cobertura asegurada con la compañía mencionada anteriormente y le asigno directamente a Joseph P. Spott D.O todos los beneficios del seguro, si los hubiera, que de otra manera me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros. También doy mi consentimiento para que mis recetas se envíen electrónicamente a través de la farmacia provista.

X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

He leído y entiendo la Ley de Privacidad.

X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que Superior Orthopaedics recupere mi historial de medicamentos.

X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**¡Gracias!**

