

Allen Orthotics & Prosthetics, Inc.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____ SS #: _____ - _____ - _____
Primer Nombre Initial de Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Hembra Soltero(a) Casado(a)

Direccion Fisica: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Direccion de Correo *si diferente*: _____

Numero de Casa: (_____) _____ Numero de Celular : (_____) _____

Numero de Trabajo:: (_____) _____ Contacto de Preferencia: Hogar Celular Trabajo

Nombre de Pareja: _____ Numero de Telefono: _____

PACIENTE QUE ES MENOR O TIENE GUARDIAN

Persona responsable por hacer citas y pagos: Padre/Madre Guardian Otro: _____

Carta de Poder Medica Legal: No Si Favor de proporcionar copia

Persona responsable: _____ Relacion: Padre/Madre Guardian Otro: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Licencia #: _____

Numero de SS #: _____ - _____ - _____

Direccion/Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: (_____) _____

Nombre de Empleo: _____ Numero de Empleo: (_____) _____

Direccion de Empleo/Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

INFORMACION MEDICA

En caso de emergencia (persona no viviendo con usted): _____

Numero de Telefono: (_____) _____ Relacion al Paciente: _____

Su condicion medica es relacionada con un accidente? No Si Fecha de accidente: _____

Nombre del Dr de Referencia: _____

Nombre de Dr de Familia: _____

Nombre de Terapeuta: _____ Ubicacion de Terapeuta: _____

Tiene usted alguna alergia? No Si, porfavor explique: _____

Alguna Otra Condicion Medica:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon | <input type="checkbox"/> Infection Vasculer | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Psicologico | <input type="checkbox"/> Infection del Corazon | <input type="checkbox"/> Dolor Cronico |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/VIH | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Artritis Rhuematoide |
| <input type="checkbox"/> Dermatologico | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor |

Otro _____

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO,
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION,
COMPRESION DE LAS POLITICAS DE FACTURACION, GARANTIA Y DEVOLUCION**

Favor de Initial

_____ Autorizo el tratamiento de Allen Orthotics & Prosthetics para llevar a cabo una evaluacion apropiada y aprobar los procedimientos de tratamiento recomendado por el/la practicante.

_____ Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica o otra informacion a Allen Orthotics & Prosthetics necesarios para facilitar la complacencia de atencion, pero no limitado a, consejo medico, el historial de tratamiento, historias clinicas, diagnostico y/o pronostico.

_____ Autorizo la divulgacion de cualquier information medico o otra informacion de Allen Orthotics & Prosthetics necesarios para facilitar la complacencia de atencion, pero no limitado a, consejo medico, el historial de tratamiento, historias clinicas, diagnostico y/o pronostico

_____ Reconozco mi comprension de las Politiclas de Facturacion en General, De Garantia y Devolucion.

_____ Certifico que la informacion proporcionada por mi es verdadera, exacta y completa.

X _____
Paciente / Firma del Responsable

Fecha

Relacion al Paciente

24 Horas de Cancelacion y Politica de "No Show"

Cada vez que un paciente falta a una cita sin proporcionar la notification adecuada, otro paciente no puede recibir atencion.

Por lo tanto, Allen Orthotics & Prosthetics se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$40.00 por todas las citas que no se presente ("no show") y citas que, en ausencia de una razon convincente, no se cancelan con un aviso previo de 24 horas. Las tarifas de "No Show" se facturaran al paciente, su guardian, o otra parte responsable. La factura no es cubierta por el seguro, y debe ser pagada antes de su proxima cita. La ausencia multiple de "no show" puede resultar en la terminacion de nuestra practica.

Gracias por su comprension y entendimiento a medida que nos esforzamos por atender mejor las necesidades de nuestros pacientes. Al firmar abajo, usted reconoce que ha recibido este aviso y entiende esta politica.

X _____
Paciente / Firma del Responsable

Fecha

HIPAA NOTIFICACION Y COMPRESION

Yo aconteso que tengo la oportunidad de revisar y/o obtener una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de la instalacion.

X _____
Paciente / Firma del Responsable

Fecha

Relacion al Paciente

Si el paciente es menor de edad, debemos tener la firma del partido responsable

INTERNAL USE ONLY

Intake received/reviewed by: _____

SEGURO PRIVADO

Si el poseedor del seguro privado es una persona distinta del paciente o la parte responsable que aparece en la primera pagina, porfavor complete esta pagina a fondo. De lo contrario, porfavor indique cual es el seguro primario, secundaria y terciaria y asegurese que Allen Orthotics & Prosthetics tienen copias de sus tarjetas.

Allen Orthotics & Prosthetics no facture seguros de terceros. Pregunte si tiene alguna pregunta sobre el seguro que planea usar para los servicios que le prescribieron. Se ha convertido esta lesion en:

- Accidente automovilistico
- Seguro Escolar
- Lesion del trabajo
- Otro seguro de responsabilidad civil _____

Compania de Seguros Primarios: _____

Nombre del Titular de la Poliza : _____

Numero de Poliza #: _____

Grupo#: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion del Asegurado/Cuidad/Estado/Codigo Postal: _____

Del Asegurado relacion con el Paciente: Pareja Padre/Madre Guardian Otro: _____

Compania de Seguros Secundarios: _____

Nombre del Titular de la Poliza : _____

Numero de Poliza #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion del Asegurado/Cuidad/Estado/Codigo Postal: _____

Del Asegurado relacion con el Paciente: Pareja Padre/Madre Guardian Otro: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Solicito que el pago de la autorizacion de Medicare, Medicaid o beneficios de Seguros Privados hacerse ya sea para mi o en mi nombre por los servicios proporcionados a mi por Allen Orthotics & Prosthetics, Inc. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica o de otro tipo sobre mi para liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a sus agentes o con la compania de Seguros Privado apropiado cualquier informacion apropiada necesaria para determinar estos beneficios o beneficios de los servicios relacionados

X

Firms del Beneficiario o Designado

Fecha

Relacion al Beneficiario o Designado

INTERNAL USE ONLY
Intake received/reviewed by: _____

MEDICARE/SEGURA DE LA VENTAJA DE MEDICARE

Si el poseedor del seguro privado es una persona distinta del paciente o la parte responsable que aparece en la primera pagina, porfavor complete esta pagina a fondo. De lo contrario, porfavor indique cual es el seguro primario, secundaria y terciaria y asegurese que Allen Orthotics & Prosthetics tienen copias de sus tarjetas.

Compania de Seguros Primario: _____

Nombre del Titular de la Poliza: _____ Numero de Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion del Asegurado/Cuidad/Estado/CodigoPostal: _____

Nombre del Empleador: _____ Numero del Empleador (_____) _____

Del Asegurado relacion con el Paciente: Pareja Padre/Madre Guardian Otro: _____

Compania de Seguros Secundarios: _____

Nombre del Titular de la Poliza: _____ Numero de Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion del Asegurado/Cuidad/Estado/CodigoPostal: _____

Nombre del Empleador : _____ Numero del Empleador (_____) _____

Del Asegurado relacion con el Paciente: Pareja Padre/Madre Guardian Otro: _____

1 Vive usted en un centro de enfermeria especializado.? No Si, Donde? _____

2. Alguna vez ha recibido las mismas o similares suministros/servicios No Si

En caso afirmativo, enumere el equipo/ suministros: _____

Cuando se compro? _____ Donde lo adquirio? _____

Fue el articulo devuelto al proveedor original? No Si, Porque? _____

Esta siendo reemplazado el elemento? No Si

Hay una nueva necesidad medica? No Si

3. Podemos contactarlo(a) por telefono en relacion con Medicare articulos y servicios cubiertos? No Si

CESTATUTOS DE PROVEEDORES DE CMS PARA MEDICARE BENEFICIARIOS
ASIGNACION DE BENEFICIOS

Reconozco que soeficy un benario de Medicare y se me ha dado la oportunidad de obtener y revisa una copia de las Normas Del Proveedor

Los productos y/o servicios proporcionados a usted por Allen Orthotics & Prosthetics, Inc estan sujetos a las normas contenidas en la Seccion de Regulaciones Federales que se muestran en Codigo 42 de la Seccion Regulaciones Federales 424.57(c). Estos estandares empresa commercial professional y las cuestiones operativas(por ejemplo en honor a las garantias y horas de operacion). El texto completo de estas normas pueden obtenerse en <http://ecfr.gov>. A peticion, se le proporcionara una copia escrita de las normas.

Solicito que el pago de la autorizacion de Medicare, Medicaid o beneficios de Seguros Privados hacerse ya sea para mi o en mi nombre por los servicios proporcionados a mi por Allen Orthotics & Prosthetics, Inc. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica o de otro tipo sobre mi para liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a sus agentes o con la compania de Seguros Privado apropiado cualquier informacion apropiada necesaria para determinar estos beneficios o beneficios de los servicios relacionados.

x _____
Firma del Beneficiario o Su Designado

Fecha

Relacion al Beneficiario o Su Designado

INTERNAL USE ONLY
Intake received/reviewed by: _____

COMPENSACION DE TRABAJADORES

Si usted se lesion en el trabajo y usted esta presentando para La Cubertura de Compensacion de Trabajadores, se requiere la siguiente informacion:

Fecha de Accidente: _____ Estado donde se produjo el accidente: _____

Numero de Reclamo #: _____

SS #: _____

Nombre de Ajustadores: _____ Numero de Telefono: (_____) _____

Nombre de los Administradores de Casos: _____ Numero de Telefono: (_____) _____

Compania de Seguros de Compensacion de Trabajadores: _____

Numero de Telefono: (_____) _____

Como ocurrio el accidente: _____

Nombre del Empleador cuando se produjo la lesion: _____

Nombre de Contacto del Empleador: _____

Direccion de la calle del Empleador: _____

Cuidad/Estado/Codigo Postal: _____

Direccion/Cuidad/Estado/Codigo Postal: _____

Numero de Telefono del Empleador: (_____) _____

Certifico que la informacion proporcionada por mi es verdadero, exacta y completa.

X _____

Paciente/ La Firma del Responsable

Fecha

INTERNAL USE ONLY

Intake received/reviewed by: _____

Allen Orthotics & Prosthetics, Inc.

INFORMACION DE VETERANOS

Nombre del Paciente: _____ Ultimos 4 del Seguro Social: XXX-XX-_____
Primer Nombre Initial del Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Hembra Soltero(a) Casado(a)

Direccion de Envio *isi es diferente de la que Administracion de Veteranos tiene en sus archivos* :

Numero de Casa: (_____) _____ Numero Celular: (_____) _____

En caso de emergencia, perosna NO viviendo con usted: _____

Numero de Telefono: (_____) _____ Relacion a Usted: _____

Tiene alergias a cualquier material de contacto? No Si, Porfavor describa: _____

Otras condiciones Medicas Diagnostcadas:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Psicologico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del | <input type="checkbox"/> Dolor Cronico |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> DemenciaAlzheimer's | Corazon | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/VIH | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Dermatologico | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon | | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO,
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION,
ARECONOCER LAS POLITICAS DE FACTURACION, GARANTIA Y DEVOLUCION

Autorizo el tratamiento de Allen Orthotics & Prosthetics para llevar a cabo una adecuada evaluacion y aprobar los procedimientos de tratamiento recomendados por los practicantes que tratan.

Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica o de otra hacia y desde Allen Orthotics & Prosthetics necesaria para facilitar el cuidado incluyendo,, pero no limitado a, consejo medico, el historial del tratamiento, historial clinico, el diagnostic y/o pronostico.

Reconozco mi comprension de las Politicas de Facturacion, Garantia y Devolucion.

Certifico que la informacion proporcionada por mi es verdadero, exacta y complete.

X _____
Paciente/ Firma del Responsable

Fecha

HIPAA NOTIFICACION Y COMPRESION

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar y/o obtener una copia del Aviso de Privacidad de la instalacion.

X _____
Paciente/ Firma del Responsable

Fecha

Relacion al Paciente

INTERNAL USE ONLY

Intake received/reviewed by: _____