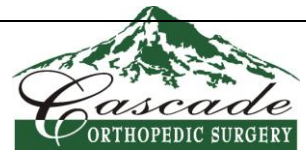


◆ **INFORMACION DEL PACIENTE** ◆

Ronald L. Teed, M.D., PC



Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____
 Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____
 Direccion de su Casa: _____ Numero de Licencia o Indentificacion: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
 If mailing address is the same as home address, check here:
 Direccion de Correo: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
 Numero de Telefono de Casa: _____ Numero de Celular: _____
 Empleo: _____ Numero de Trabajo: _____
 Medico Familiar: _____ Numero de Telefono: _____
 Direccion de correo electrónico del paciente: _____ Referido por parte de: _____
 Idioma Preferido del Paciente: _____ Etnicidad / raza (por favor): _____
 Paciente Usted Es: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otra

Padres Esposo/a Tutor Legal (Padres acompañando al menor, por favor de completar.)

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Idioma Hablado: _____
 Empleo: _____ Numero de Trabajo: _____ Numero de Licencia _____
 Usted Es: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otra

Contacto de Emergencia (Debe tener un numero de telefono diferente que el paciente):

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____ Relacion: _____

◆ **INFORMACION DE ASEGURANSA:** ◆

◆ Usted va ser visto por un **ACCIDENTE DE TRABAJO?** o **ACCIDENTE DE AUTOMOVIL?**** Si No

Nombre de Aseguransa Primaria: _____ Numero de Indentificacion: : _____
 Persona responsable de la aseguransa: Paciente Esposo/a Padres Guardian Numero de Grupo : _____
 Copago(Si Debe): _____ Nombre de la persona reponsable de la poliza de aseguransa: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____
 Numero de telefono de la persona responsable de la aseguransa #: Casa Celular Trabajo Numero de Licencia: _____

Nombre de Aseguransa secundaria: _____ Numero de Indentificacion: _____
 Persona responsable de la aseguransa: Paciente Esposo/a Padres Guardian Numero de Grupo : _____
 Copago(Si Debe): _____ Nombre de la persona reponsable de la poliza de aseguransa: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____
 Numero de telefono de la persona responsable de la aseguransa #: Casa Celular Trabajo Numero de Licencia: _____

◆ ◆ **SABE SI SU PLAN DE SALUD REQUIERE UNA REFERENCIA PARA EL CUIDADO DE UN ESPECIALISTA?** ◆ ◆

Por favor asegurese que su referencia o autorizacione ha sido completada antes de su cita.

Yo Presente:

- Autorizo a Cascade Orthopedic Surgery a liberar informacion a mi portador(s) del seguro con respecto a mi enfermedad, con respecto a la herida, o con respecto al tratamiento.
- Reconozco que soy completamente responsable de cualquier autorizacion(s) or referencia(s) requeridas por mi aseguransa.
- Assumo completa responsabilidad financieras para cualquier cuenta negada, rechazada, o si esta pendiente por mi aseguransa por tiempo extendido.

Firma: _____ Fecha: _____