

Tobin Bone and Joint Surgery, Inc.
Registracion Para Nuevos Pacientes

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido soltera _____

Direccion de correo permanente: _____

Direccion: _____

(Si diferente)

Telefono de casa: _____ Telefono de trabajo: _____

Direccion local: _____

(Si diferente)

Telefono local: _____ No. de Licencia: _____

(Estado)

(Numero)

No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad/Pais de Nacimiento: _____

Nombre de Empleador/Patron: _____

Su Posicion: _____

Telefono de Empleador/Patron: _____

Quien contactar en caso de emergencia: Nombre: _____

Telefono: _____

Direccion: _____

Su relacion a esta persona: _____

Si paciente es menor de 21 años de edad, o no el fiador, porfavor complete lo siguiente:

Relacion al paciente (circule uno): Madre Padre Guardian

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido soltera _____

Direccion: _____

Telefono de casa: _____ Telefono de trabajo: _____

No. de Seguro Social: _____ Licencia: Estado: _____ No. _____

Nombre de Empleador/Patron: _____

Direccion de Empleador/Patron: _____

Si padres tienen direcciones separadas, porfavor proporcione nombre de padre/madre: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Seguro Primario (porfavor proporcione una copia de su tarjeta de seguro)

Compania: _____ Nombre del asegurado: _____

No. de identificacion: _____ Telefono: _____

Seguro Secundario (porfavor proporcione una copia de su tarjeta de seguro)

Compania: _____ Nombre del asegurado: _____

No. de identificacion: _____ Telefono: _____

Si usted fue referido aqui porfavor diganos quien lo referio: _____

Es su visita relacionada con una lecion sostenida en un accidente de auto? Si__ No__

Compania de seguro de auto responsable por cobros: _____

Nombre de representante de seguro: _____

Telefono: _____ Numero de poliza/reclamo: _____

Es su visita relacionada con una lecion sostenida en el empleo? Si__ No__

Si es asi, porfavor proporcione: Nombre de empleador/patron: _____

No. de telefono de empleador/patron: _____

Si usted tiene un abogado representandolo(a) respecto a su lecion porfavor diganos:

Nombre de abogado: _____ Telefono: _____

Yo por la presente autorizo pago directo a Tobin Bone and Joint Surgery, Inc. por servicios por mi portador del seguro o portador de Compensacion de Trabajador de beneficios de otro modo pagadero a mi. Yo autorizo pago directo de beneficios bajo Titulo 19 del Acto de Seguro Social y bajo Seccion 1011 del Acto de Medicare Prescription Drug, Improvement and Moderization del 2003 a Dr. Tobin o Tobin Bone and Joint Surgery, Inc. por sus servicios. Yo entiendo y concuerdo que yo estoy economicamente responsable a Tobin Bone and Joint Surgery, Inc. por todos los cargos que no estan cubiertos por el asigno de beneficios, a no ser este prohibido por ley. Deba los pagos oportunos de esta cuenta no sean hechos, yo autorizo a Tobin Bone and Joint Surgery, Inc. a retener los servicios de un abogado y/o agencia de coleccion a asistir con la coleccion de cualquier balance pendiente. Cualquier gasto incurrido port al accion sera una obligacion adicional por la cual yo tomo responsabilidad. Ademias, yo entiendo que interes en la tasa de 1,5% mensualmente sera añadido a cualquier balance pasado debido despues de 60 días. Yo autorizo el ceder a cualquier compania de seguro, agencia o facilidad de cuidado de salud, o a la corte en caso de accion legal, tal informacion que sea necesaria para la completacion de mi reclamo o de otro modo para asegurar el pago para servicios medicos rendidos. Ademias, autorizo el ceder de informacion sobre mi caso a otros consultantes profesionales de asistencia medica. Yo permito que una copia de esta autorizacion se use en lugar del original.

Pago es debido en el tiempo del servicio a no ser que otros arreglos se han hecho anteriormente.

Firma

Fecha

**Reconocimiento de Recibo de Nota de Prácticas de
Privacidad de Paciente**

Nombre de Paciente: _____

Fecha: _____

Reconozco que la Nota de Prácticas de Privacidad de Paciente de Tobin Bone and Joint Surgery, Inc. se ha hecho disponible a mí para leer. Esta Nota describe información médica acerca de mí y que se puede utilizar y puede ser revelada y como puedo obtener el acceso a esta información. Describe información acerca de prácticas de privacidad seguidas por empleados, el personal y otro personal de la oficina de Tobin Bone and Joint Surgery, Inc.

Firma de Paciente

Firma de Padre o Guardian si paciente es menor de edad

Firma de Representante Personal de paciente si paciente no esta firmando

Firma de personal firmando si no es paciente
(ejemplo: Representante Personal de Paciente o Padre/Guardian de paciente)