



MARQUEZ ROBOTIC ORTHOPEDIC INSTITUTE

Nombre de Paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino SSN:_____

Domicilio:_____ Ciudad:_____ Código Postal:_____

No. Telefono:_____ Dirección Correo Electrónico:_____

☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorinado(a)

Mi condicion esta relacionada a:_____ Accidente de trabajo _____ Accidente de auto _____ Otro
(Pida una forma de accidente a la recepcionista)

Información De Seguro

Seguro Primario:_____ Teléfono:_____

Número de grupo:_____ Trabajo:_____

Numero de identificación del asegurado:_____

Nombre del asegurado de la primer póliza:_____ SSN:_____

Relación al paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

Seguro Secundario:_____ Teléfono:_____

Número de grupo:_____ Trabajo:_____

Numero de identificación del asegurado:_____

Nombre del asegurado de la segunda póliza:_____ SSN:_____

La información proveida es correcta y verdadera. Yo voluntariamente doy mi consentimiento para el cuidado médico bajo la dirección de _____. Yo entiendo que ningunas garantías se me han dado como resultado de estos tratamientos o exámenes.

si su seguro cambia, usted es responsable de notificar a nuestra oficina antes de su cita. Por favor presente su nueva tarjeta de seguro para que podamos obtener la información correcta de la presentacion. Yo autorizo pago directamente a "Orthopedic Surgery Center" de los beneficios de seguro que en otro caso serían pagados hacia mi como tambien el permiso de dar información directamente relacionado con este cobro.

Firma de Paciente:_____ Fecha:_____

Patient Pain Diagram
(This will become part of your chart)

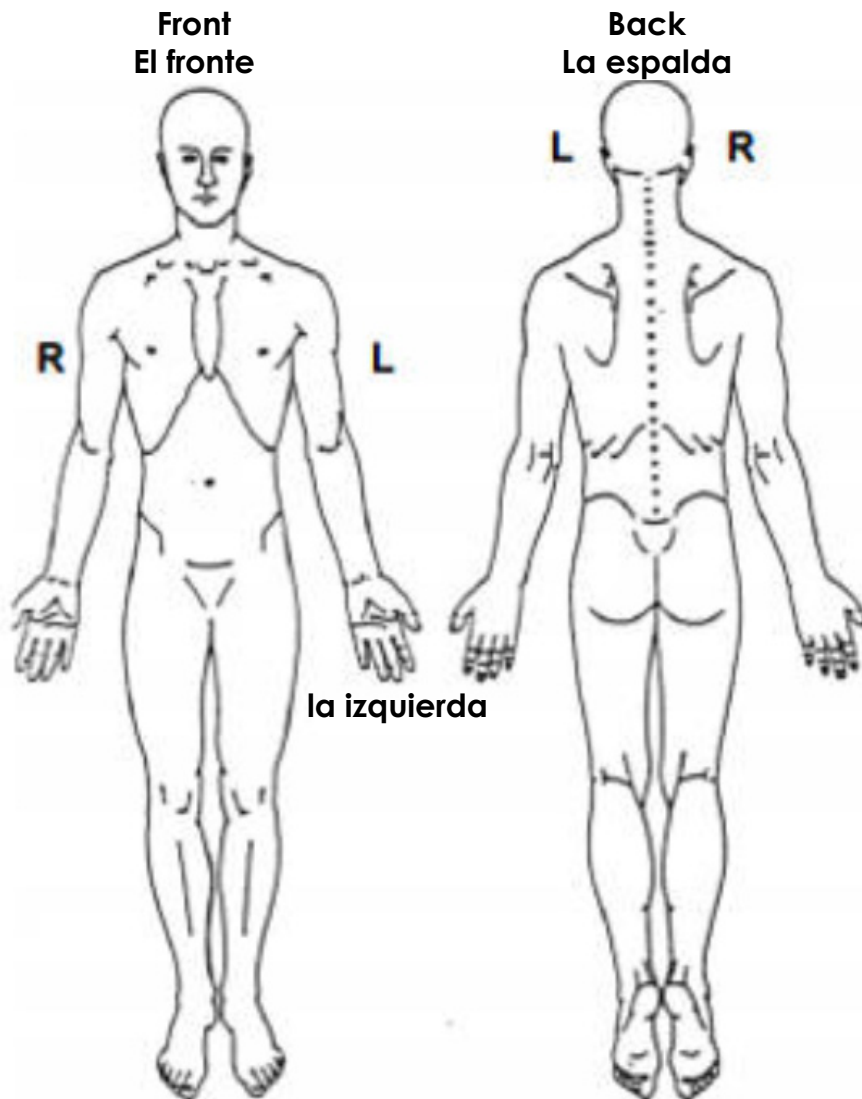
Nombre:_____ **Age:**_____ **Sex:**_____

Please mark where your pain is located, front and back
Favor de marcar por enfrente y atras la area de dolor

X - Pain (Dolor)

✓ - Burning (Ardiente)

O - Numbness (Dormido)



Patient Signature:_____ **Date:**_____

Aviso de las prácticas de privacidad aceptación del paciente

El paciente acepta haber recibido una copia de el aviso de la prácticas privacidad. Orthopedic Surgery Center usara la información médica del paciente en una manera confidencial y en cumplimiento con el acta de privacidad (HIPAA). Se necesita una autorización por separado para dar informacion sobre protección media. La información del paciente no será vendida a nadie y no será incluida en ningunos estudios médicos sin autorización del paciente.

Requieros:

☐ Deseo una orden de restricción de mi información de la salud protegida

☐ Deseo una orden de comunicaciones alternativas de mi salud protegida

☐ Me opongo al siguiente en el aviso de las prácticas de privacidad y entiendo que la oficina no está requerida a honrar estas objeciones.

Premios:

☐ Yo doy mi autorización a OSC que utilice mi número y/o mi correo electrónico para el recordatorio de citas.

Firma:_____ Fecha:_____

Nombre:_____

☐ Otorgo permiso a las siguientes 3 personas para que llamen en mi nombre

Persona autorizada 1

Nombre:_____ Fecha:_____

Relación al paciente:_____

Persona autorizada 2

Nombre:_____ Fecha:_____

Relación al paciente:_____

Persona autorizada 3

Nombre:_____ Fecha:_____

Relación al paciente:_____

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

Received by:_____ Date:_____

Good faith effort to obtain receipt (describe):_____



MARQUEZ ROBOTIC
ORTHOPEDIC INSTITUTE

Acuerdo medico de la condición de miembro activo del plantel médico

“Miembro de la familia inmediata”, se define como cualquiera de los siguientes: Esposo/a, hijo natural o por adopción, padre/madre, hermano/a, madrastra/padrastro, hermanastro/a, suegro/a, cuñada/o, nuera, yerno, abuelo/a, nieta/o, esposo/a de nieto/a.

Yo, Raul Marquez, M.D. estoy de acuerdo de que como condición de mi membresia continuada del plantel médico del “Cornerstone Regional Hospital”, debo hacer notar por escrito cualquier tipo de interes economico que tenga yo o mi familia inmediata en dicho hospital. Yo haré este anuncio al paciente en el momento que refiero el paciente al “cornerstone Regional Hospital” para cualquier servicio, sea como internado o ambulatorio. También entiendo que no estoy obligado a hacerle saber al paciente si yo o algun familiar mio no tenga interes economico en el hospital.

(Firma)

(Fecha)



MARQUEZ ROBOTIC
ORTHOPEDIC INSTITUTE

Accident Report (Report de Accidente)

Name: _____

Date of Birth: _____

Work Related? _____
(accidente de trabajo)

Auto Accident? _____
(accidente automovilístico)

School Injury? _____
(accidente de escuela)

Other _____
(otro tipo de accidente)

Date of Accident: _____
(fecha de accidente)

Are you being represented by an attorney for this accident? (¿Está siendo representado por un abogado por este accidente?)

☐ Yes (sí) ☐ No

History of Accident: (in your own words state when, where and how the accident happened) Historia del Accidente: (en sus propias palabras describa cuando, donde y como ocurrió el accidente)

I verify, to the best of my knowledge, that the information above is true and accurate. (Al firmar significa que la información mencionada es correcta)

Signed: _____
(firma de persona responsable)

Date: _____
(fecha)



**MARQUEZ ROBOTIC
ORTHOPEDIC INSTITUTE**

Nombre: _____

Fecha de
nacimiento: _____

Numero social: _____

Consentimiento para tratamiento/póliza de privacidad/asignatura de beneficios

El paciente y/o la persona responsable de la dicha cuenta está de acuerdo y entiende lo siguiente:

I. Consentimiento para tratamiento: y doy consentimiento a la evaluación y servicios proveídos por el Dr. _____ de Orthopedic Surgery Center en esta clínica. Los servicios pueden incluir radiología diagnóstica. Yo entiendo que mi consentimiento puede ser revocado, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, dicha revocación no le quita la obligación financiera por los servicios administrados.

Firma: _____ Fecha: _____

II. Autorización para dar u obtener información: El paciente autoriza a Orthopedic Surgery Center para dar a cualquier seguro médico que es responsable por pago completo o parcial de la cuenta médica del paciente, la información necesaria para el proceso correcto de los reclamos médicos. Adicionalmente, el paciente da permiso a Orthopedic Surgery Center para proveer la información necesaria a otras oficinas medicas como sea necesario para facilitar el cuidado médico correcto, limitado unicamente a esa información que sea necesaria para hacer referencias, etc. a favor del paciente.

III. Confirmación de privacidad: El paciente está de acuerdo que recibió una copia del aviso de las prácticas de privacidad. Orthopedic Surgery Center usara la información médica del paciente en una manera confidencial y en cumplimiento con el acta de privacidad (HIPAA). Se necesita una autorizacion por separado para dar informacion sobre proteccion medica. La información del paciente no será vendida a nadie y no será incluida en ningunos estudios medicos sin autorización del paciente.

Yo acepto los términos y condiciones explicados en las secciones II y III de esta póliza:

Firma: _____ Fecha: _____

IV. Responsabilidad financiera: En consideracion de tratamiento medico y servicios proveídos al paciente, el paciente a la persona responsable garantiza incondicionalmente el pago completo a Orthopedic Surgery Center. Orthopedic Surgery Center Obedecera los términos y condiciones que se imponen en los contratos de manejo individual con los que el paciente y el doctor ambos participan. Pacientes cubiertos por un plan de seguro que no tienen un contrato de manejo de el cuidado con Orthopedic Surgery Center entienden que Orthopedic Surgery Center mandara reclamos para ser procesados. Sin embargo, el paciente o la persona encargada es responsable por el pago completo de el balance de la cuenta aparte de lo que cubre el seguro o la determinación de beneficios de seguro. Si el seguro no paga un reclamo dentro de 45 días, el balance es responsabilidad de el paciente o la persona responsable. Todos los pagos son dados al tiempo de recibir el servicio. El paciente o la persona responsable entiende que es responsable de proveer información correcta sobre su seguro. Si usted no nos comunique cualquier cambio en su cobertura médica, esto puede resultar en que los reclamos no sean pagados. Se le cobrará al paciente por cualquier reclamo que no se pagado por no dar la información correcta y a tiempo.

V. Asignación de Beneficios de seguro: El paciente autoriza a cualquier seguro representado como responsable por el pago completo o en parte de la cuenta médica del paciente, incluyendo cualquier protección personal o seguro médico, a pagarla a Orthopedic Surgery Center cualquier dinero y beneficios que son pagados hacia mi. Adicionalmente, yo estoy de acuerdo que cualquier pagos serán aplicados a cualquier cuenta pendiente que yo haya recibido bajo cualquier seguro de auto o motorista sin seguro o con bajo seguro proveído por el cubrimiento de pagos médicos.

Yo acepto los términos y condiciones explicados en las secciones II y III de esta póliza:

Firma: _____ Fecha: _____ Relación al paciente: _____