



Basin Orthotic & Prosthetic Center

623 N Sam Houston Ave Odessa, TX 79761 Ph(432) 337-8880 FAX(432)337-8887

REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS (ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA)

Información del Paciente						
Médico que lo Refirió	Apellido		Nombre		Inicial	
Dirección			# de Seguro Social	# de licencia (TX)		
Ciudad		Estado		Código Postal	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	# de teléfono de casa		# de su celular	
		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo				
Empleador			Ocupación		# de teléfono del trabajo	
Dirección del Empleador			Ciudad	Estado		CP
Contacto de Emergencia (Nombre, Parentesco al Paciente)					# de Contacto	
Información del Responsable (si es diferente que lo anotado arriba)						
Apellido		Nombre		Inicial		# de Seguro Social
Dirección					Fecha de Nacimiento	
Ciudad		Estado		Código Postal	# de teléfono de casa	
Empleador		Dirección del Empleador		Ciudad	Estado CP	
Parentesco al Paciente		# de teléfono del trabajo	# de su celular	Mejor # para hablarle en el día <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Información de Seguro Primario						
Nombre de Compañía		Numero de ID de Póliza		Numero de Grupo		# de Seguro Social de Asegurado
Nombre del Asegurado			Fecha del Nacimiento del Asegurado		Parentesco al Paciente	
Información de Seguro Secundario						
Nombre de Compañía		Numero de ID de Póliza		Numero de Grupo		# de Seguro Social de Asegurado
Nombre del Asegurado			Fecha del Nacimiento del Asegurado		Parentesco al Paciente	

Autorización, Consentimiento y Asignación de Beneficios

Por medio de la presente doy consentimiento a atención de salud de paciente no internado con Basin Orthotic & Prosthetic Center para incluir Evaluación, Diagnóstico, Consulta y/o Tratamiento de atención ortopédicos y prostéticos. Doy autorización para que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Basin Orthotic & Prosthetic Center y comprendo que soy responsable financieramente por servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo en ceder información tocante al Tratamiento/Consulta de atención ortopédicos y/o prostéticos para el propósito de pago o de operaciones de servicios de salud. Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Basin Orthotic & Prosthetic Center por los servicios prestados a mí por sus empleados y/o facilidades. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y puede ser utilizada para reclamos futuros. Puedo revocarla a cualquier tiempo dando aviso en escrito. Acuso recibo de una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad de Basin Orthotic & Prosthetic Center.

Firma _____ Fecha _____

Nombre de Responsable (Letras de Imprenta) _____ Parentesco al Paciente _____

Firma de Responsable _____ Fecha _____