

## Información Para El Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Dcomió de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ SSN (último 4 para Veteranos): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal : \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa : \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Por favor, circule su método de contacto preferido: Casa  Trabajo  Celular  Email Ocupación: Estudiante  empleado  Sobre discapacidad  infantil  Otro: \_\_\_\_\_

Los nombres que se enumeran a continuación son familiares o amigos a los que deseo conceder una discusión verbal limitada sobre mi atención médica y/o información de facturación, según lo consideren necesario. Este consentimiento será mi responsabilidad de actualizar, ya que reconozco que las relaciones y amistades cambian con el tiempo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de referencia (Médico que firmó su receta): \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: **(nombre y apellido)** \_\_\_\_\_

¿Es tu lesión el resultado de un accidente automovilístico? NO SI Componente de trabajadores? NO SI

¿Eres diabético? NO SI (Tipo I) SI(Tipo II)

¿Quién es el médico que trata tu diabetes? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el mismo artículo o equipo similar en el pasado? NO SI

¿Cuándo y de dónde recibiste el artículo? \_\_\_\_\_

### PARTE RESPONSABLE (PADRE O TUTOR) SI ES MENOR DE EDAD

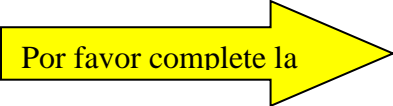
Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**¿ES PACIENTE RESIDENTE ACTUALMENTE EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA?**

**Círculo uno: NO SÍ**

En caso afirmativo, nombre de la instalación: \_\_\_\_\_ Fecha admitida: \_\_\_\_\_



### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Se requiere una copia de sus tarjetas de seguro (los veteranos pueden omitir esta sección)

**Seguro primario:** *(por favor, rellena el nombre del seguro)* \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de los asegurados: \_\_\_\_\_

Relación entre los asegurados y el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador de asegurados: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:** *(por favor, rellena el nombre del seguro)* \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de los asegurados: \_\_\_\_\_

Relación entre los asegurados y el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador de asegurados: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (Si corresponde)

Operador de seguro comp del trabajador: \_\_\_\_\_

Numero de reclamación. \_\_\_\_\_

Fecha de lesión: \_\_\_\_\_

Contacto de seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Aunque Brownfield facturará a su compañía de seguros, el saldo final es su responsabilidad y vence dentro de los 90 días posteriores a la entrega. Para los productos personalizados NO cubiertos por el seguro, Brownfield solicita un pago inicial del 50 por ciento antes de realizar un pedido o comenzar la fabricación.

### TODOS LOS ARTÍCULOS PERSONALIZADOS NO SON REEMBOLSABLES.

Por la presente AUTORIZO a Brownfield's Prosthetic & Orthotic Technologies a facturar a mi pagador de beneficios médicos por los servicios que he recibido y asignar el pago de esos servicios a Brownfield's. Entiendo y estoy de acuerdo en que, sin mi estado de seguro, soy en última instancia responsable del equilibrio de mi account por cualquier servicio prestado. También autorizo a Brownfield's a liberar al pagador de beneficios médicos, o a cualquiera de sus agentes, cualquier información médica u otra información necesaria para determinar el pago de estos beneficios o beneficios por servicios relacionados. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Notificaré a Brownfield de cualquier cambio a la información anterior. Entiendo que al revelar mi dirección de correo electrónico, los empleados de Brownfield pueden ponerse en contacto conmigo con información médica protegida, y asumo la responsabilidad de tal.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_