

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

North Texas Orthopaedic Specialists
Tel: 214-820-7010 Fax: 214-820-7015

Fecha de hoy: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Acct. # _____

Información del paciente

Nombre completo: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		(Apellido de soltera)	
Dirección: (calle o apartado postal)				Ciudad		Estado Código postal	
Núm. de teléfono particular ()		Núm. de teléfono laboral ()		Núm. de teléfono celular ()		Dirección de correo electrónico	
Remitido por:		Fecha de nacimiento		Edad		Sexo (comprobar uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ocupación		Empleador		Dirección del empleador			
Estado civil (comprobar uno) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Soltero		Nombre del cónyuge		Compita (comprobar uno) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	
Si es estudiante, indique la institución educativa		Si el paciente es menor, proporcione el nombre de los padres o del tutor legal (se requiere documentación legal):					
Contacto para emergencias (que no viva en la misma dirección)				Núm. de teléfono del contacto para emergencias ()			
¿Cómo oíste del médico que estás viendo hoy? <input type="checkbox"/> Referencia de médico (5) ¿Quién? _____ <input type="checkbox"/> Otro profesional (6) <input type="checkbox"/> Familia (8) <input type="checkbox"/> Paciente existente (10) <input type="checkbox"/> Amigo (1) <input type="checkbox"/> Palabra de boca (9) <input type="checkbox"/> Hospital de Baylor (19) <input type="checkbox"/> Correo Directo (18) <input type="checkbox"/> Plan de la Salud/Compañía de seguros (17) <input type="checkbox"/> Sitio de Emergencia (7) <input type="checkbox"/> 1-800-4-BAYLOR Línea de referencia (3) <input type="checkbox"/> Website/internet (13) <input type="checkbox"/> Sin llamar (4) <input type="checkbox"/> Anuncio periodístico (15) <input type="checkbox"/> Radio/televisión (16) <input type="checkbox"/> Acontecimiento (11) <input type="checkbox"/> Localización (14) <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas (2) <input type="checkbox"/> Desconocido (20)							

Parte responsable

Nombre completo del garante: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		(Apellido de soltera)	
Dirección: (calle o apartado postal)				Ciudad		Estado Código postal	
Núm. de teléfono particular ()		Núm. de teléfono laboral ()		Núm. de teléfono celular ()		Núm. de licencia de conducir	
Fecha de nacimiento		Edad		Sexo (comprobar uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Núm. de Seguro Social	
Empleador		Dirección del empleador					
Relación del paciente con el garante							

Información del seguro

Nombre de la compañía de seguros primaria 1.			Núm. de teléfono ()			Nombre de la compañía de seguros secundaria 2.			Núm. de teléfono ()						
Dirección postal						Dirección postal									
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad		Estado		Código postal					
Número de póliza		Número de grupo		Fechas de vigencia de la póliza Del: al:		Número de póliza		Número de grupo		Fechas de vigencia de la póliza Del: al:					
Titular de la póliza (si no es el paciente)				Fecha de nacimiento				Titular de la póliza (si no es el paciente)				Fecha de nacimiento			
Núm. de Seguro Social				Relación con el paciente				Núm. de Seguro Social				Relación con el paciente			
Empleador del titular de la póliza				Núm. de teléfono laboral ()				Empleador del titular de la póliza				Núm. de teléfono laboral ()			
Dirección del empleador						Dirección del empleador									
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad		Estado		Código postal					

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

North Texas Orthopaedic Specialists
 Tel: 214-820-7010 Fax: 214-820-7015

FOR OFFICE USE ONLY

Acct. # _____

Nombre del paciente: _____

Compensación del trabajador/por accidente

Compañía de seguros		Núm. de teléfono ()	
Dirección postal			
Ciudad		Estado	Código postal
Fechas de vigencia de la póliza Del: al:	Fecha del accidente/inicio de la enfermedad	Motivo: (marque con un círculo) Accidente automovilístico Lesión/enfermedad relacionada con el trabajo Otro	
Agente / Liquidador / Administrador de casos			
En caso de compensación del trabajador: Núm. de reclamación		Núm. de reclamación de TWCC	

Consentimiento para brindar tratamiento

Por el presente, autorizo a los empleados y agentes (incluidos los médicos, asistentes de médicos y personal de enfermería profesional) de este consultorio médico a prestar servicios de atención médica de rutina al paciente indicado en este formulario y a cumplir con las indicaciones de los médicos (incluidos los asesores, asociados y asistentes elegidos por el médico).

Si el paciente es menor:

Otorgo mi consentimiento a _____ para autorizar la evaluación y el

(Nombre(s): primer nombre y apellido)

tratamiento de mi hijo/a, mencionado en el presente cuando yo no esté disponible. Comprendo que esto autoriza a la(s) persona(s) mencionada(s) más arriba a otorgar su consentimiento para los procedimientos médicos y quirúrgicos, y las inmunizaciones para el menor mencionado en el presente.

Este consentimiento se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocado por escrito. Comprendo que, si no firmo este consentimiento, al paciente no se le brindará atención médica, salvo en caso de emergencia.

Firma del paciente, padre o tutor legal_____
Fecha

Responsabilidad financiera

Por el presente, autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a HealthTexas Provider Network (en lo sucesivo "HTPN") y/o al médico a cargo por los servicios prestados. Por el presente, se autoriza la divulgación de la información incluida en mi historial médico, según sea necesario para procesar y completar mi reclamación del seguro. Comprendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información respecto de enfermedades contagiosas, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA") y el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH"). Comprendo que seré responsable económicamente por la totalidad de los cargos relacionados con los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por mis compañías de seguros. Acepto que todas las cantidades deberán pagarse cuando se soliciten y que serán pagaderas a HTPN. Además, comprendo que si tuviera una cuenta morosa, deberé pagar los honorarios de abogados y los gastos de cobro razonables a HTPN, si corresponde.

Esta autorización se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocada por escrito. Comprendo que, si no firmo esta autorización para la divulgación de información, seré responsable de la totalidad del pago de los servicios antes de que estos sean prestados.

Firma del paciente, padre o tutor legal_____
Fecha