



### Sección 1 - Información paciente

Primero \_\_\_\_\_ centro \_\_\_\_\_ Ultimo \_\_\_\_\_  
Numero social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Estado civil: Solo/Casado/otro Género: Hombre / Mujer  
Dirección de casa : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ del trabajo \_\_\_\_\_ del celular \_\_\_\_\_  
Empleador del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
Nombre del esposo \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Numero social \_\_\_\_\_

### Sección 2 - Padre/guarda/partido responsable

Nombre (Ultimo, Primero, centro): \_\_\_\_\_ Numero  
Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
**Relación al paciente:** El esposo/el padre/el guarda/ otro (explique) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

### Sección 3 - Contacto de la emergencia

Nombre (Ultimo, Primero, Centro) \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ del trabajo \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Sección 4 - Información médica

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Diagnosis: \_\_\_\_\_ Date de lesión: \_\_\_\_\_  
Si amputación, fecha de la amputación: \_\_\_\_\_ nivel de amputación \_\_\_\_\_  
Lado de la amputación: derecha / izquierda / ambos  
¿De dónde o cómo lesión ocurrió? \_\_\_\_\_  
Médico de la atención primaria: \_\_\_\_\_ teléfono # \_\_\_\_\_  
Referir al médico \_\_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_\_  
¿Es usted diabético? Sí/no (Si sí, conteste por favor a la pregunta siguiente)  
Médico diabético: \_\_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_\_

### Sección 5 - Información del seguro

¿Es ésta un trabajador demanda de la remuneración? Sí/no (Si sí, por favor llene el formulario la remuneración del trabajador.)

**(SI HICIMOS UNA COPIA DE SU TARJETA USTED NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA SECCIÓN.)**

**Seguro primario** \_\_\_\_\_  
Asegurado \_\_\_\_\_  
Asegurado fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Asegurado numero social \_\_\_\_\_  
Número de grupo \_\_\_\_\_  
Número de identificación \_\_\_\_\_  
Encargado del caso \_\_\_\_\_  
Teléfono # \_\_\_\_\_  
Relación al asegurado \_\_\_\_\_

Asegurado \_\_\_\_\_  
Asegurado fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Asegurado numero social \_\_\_\_\_  
Número de grupo \_\_\_\_\_  
Número de identificación \_\_\_\_\_  
Encargado del caso \_\_\_\_\_  
Teléfono # \_\_\_\_\_  
Relación al asegurado \_\_\_\_\_

**Seguro secundario** \_\_\_\_\_

**MAHAFFEY ORTHOTICS & PROSTHETICS**

**FORMA PACIENTE DEL RECONOCIMIENTO**

Como parte del proceso de la admisión, usted recibirán la información sobre varias políticas y los procedimientos que hemos ejecutado para asegurar le a tratamiento mientras que en nuestro cuidado estamos del más de alta calidad. Este reconocimiento indicó su recibo de tal información a la hora de usted registro de la inicial o contacto paciente.

\* FIRME CON INÍCIALES POR FAVOR LOS PUNTOS SIGUIENTES DESPUÉS DE LEER LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA

\_\_\_\_\_ **Declaración de Derechos paciente** - Esto le detalla endereza como paciente.

\_\_\_\_\_ **Política de la garantía** – Describe Mahaffey Orthotics & Prosthetics políticas con respecto a período de garantía y repara o ajustes

\_\_\_\_\_ **Política y acuerdo del pago** - Esto explica políticas con respecto a la facturación y a su seguro y a recoger co-pagos y deducibles aplicables.

\_\_\_\_\_ **Cuidado urgente** - Le informa nuestros procedimientos urgentes del cuidado.

\_\_\_\_\_ **Proceso Paciente de la Queja** - Esto le notifica de nuestro proceso de la queja y de la resolución.

\_\_\_\_\_ **Estándares del surtidor de Medicare** - Esquema de los estándares que deben ser mantenidos por Mahaffey Orthotics y Prosthetics como abastecedor de Seguro de enfermedad.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento al tratamiento** - Autorizo por este medio Mahaffey Orthotics para proporcionar el ortótico pedida y o el dispositivo prostético.

\_\_\_\_\_ **Asignación de Ventajas** - Autorizo por este medio Mahaffey Orthotics y Prosthetics para lanzar la información médica necesaria a mi portador de seguro para procesar mi demanda médica. También autorizo a mi portador de seguro a pagar ventajas directamente a Mahaffey Orthotics y Prosthetics.

**Sí / No**      ¿Usted ha recibido a como o el dispositivo similar en el plazo de los cinco años pasados de Mahaffey Orthotics o de otro abastecedor?

**Sí / No**      ¿Usted está viviendo actualmente en una clínica de reposo?

**Sí / No**      ¿Usted hace cirugía programar para tratar la misma condición para la cual este dispositivo será utilizado?  
¿Si es así cuando?\_\_\_\_\_

Pido que el pago de las ventajas autorizadas de Medicare esté hecho a Mahaffey Orthotics y Prosthetics en nombre mi para cualquier servicio equipado a mí por Mahaffey Orthotics y Prosthetics. Autorizo a cualquier persona que se considere información médica u otra sobre mí para lanzar que información al centro para los servicios de Medicare y de Medicaid y a su agente para determinar estas ventajas o las ventajas para los servicios relacionados.

Yo, el infrascrito, ha recibido, lee y entiende estas políticas y acuerdos y consiente por este medio al antedicho según lo indicado por mis iniciales. También atestiguo que las preguntas antedichas se han contestado verazmente al mejor de mi conocimiento.

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

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

## **RECONOCIMIENTO del RECIBO del AVISO de las PRÁCTICAS de la AISLAMIENTO**

Certifico que he recibido una copia del aviso de Mahaffey Orthotics y Prosthetics de las prácticas de la aislamiento. El aviso de las prácticas de la aislamiento describe los tipos de aplicaciones y de divulgaciones de mi información protegida de la salud que pudieron ocurrir en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en el funcionamiento de las operaciones del cuidado médico de Mahaffey Orthotics y Prosthetics. El aviso de las prácticas de la aislamiento también describe la mi derecha y deberes de Mahaffey Orthotics y Prosthetics con respecto a mi información protegida del cuidado médico. El aviso de las prácticas de la aislamiento se fija en el pasillo.

Mahaffey Orthotics se reserva la derecha de cambiar las prácticas de la aislamiento que se describen en el aviso de las prácticas de la aislamiento. Puedo pedir uno llamando la oficina y la petición de una copia revisada se envíe por correo o pidiendo una a la hora de mi cita siguiente.

---

Firma del paciente o del representante personal

---

Nombre del paciente o del representante personal

---

Fecha

---

Descripción del representante personal