

REGISTRO DEL PACIENTE



1360 Sunset Ave
Ferndale, WA 98248
ph: 800.848.7332
fax: 855.852.8341

17670 Dunbar Rd
Mt. Vernon, WA 98273
ph: 800.428.4003
fax: 360.428.7072

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					Debe ser completada por el Garante.*		
Nombre	Inicial	Apellido	Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento		
Teléfono Residencial		Teléfono de su Empleo		Celular			
Dirección Física			Ciudad		Estado	Código Postal	
Correo Electrónica							
¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Cascade P&O's sitio web <input type="checkbox"/> Directorio telefónico <input type="checkbox"/> Anuncio impreso <input type="checkbox"/> Doctor/P.T. <input type="checkbox"/> Otro							
INFORMACION DE SEGURO MEDICO Asegurese de agregar copia (parte posterior y frente) de su tarjeta de seguro.							
Compañía de Seguros Médico Primario			ID/PIC N°		Teléfono de Compañía		
			Número de Grupo				
Nombre y Apellido del Asegurado			Empleador		Fecha de Nacimiento		
			ID/PIC N°				
Asistencia Médica / Seguro Secundario.			Número de Grupo		Teléfono de la Aseguranza		
			Empleador				
Nombre y Apellido del Asegurado			ID/PIC N°		Fecha de Nacimiento		
			Número de Grupo				
Nombre y Apellido del Asegurado			Empleador		Fecha de Nacimiento		
			Empleador				
ASIGNACION Y AUTORIZACION					Esta registro no se puede procesar sin una firma legítima.		
Yo comprendo que soy financieramente responsable por cualquier pago a Cascade Prosthetics & Orthotics, Inc., por cargos que no cubra mi compañía de seguro. Yo autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Cascade Prosthetics & Orthotics, Inc. Yo también autorizo al médico y a la compañía de seguro que provea cualquier información requerida para está reclamo. EL CO-PAGO SE REQUIERE AL MOMENTO DE HACER LOS MOLDES. NO ENVIE NINGUN CO-PAGO HASTA QUE SU ORDEN SEA APROBADA..							
Firma del Garante* X				Fecha			
Nombre del Garante* (Por favor letra de molde)				Fecha de Nacimiento del Garante*			
INFORMACION MEDICA					Debe ser completada por el Médico o Garante.*		
Descripción del Diagnóstico			Código del Diagnóstico				
Médico que la prescribe			Teléfono				
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal		
Número del registro de Medicaid del Médico							
USO EXCLUSIVO PARA EL MEDICO							
Médico o Persona Enyesando			Teléfono		Fax		
Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal	
Correo Electrónica							
Estilo de Ortosis _____ STANDARD		<input type="checkbox"/> Izdo <input type="checkbox"/> Der <input type="checkbox"/> Amb		<input type="checkbox"/> Izdo <input type="checkbox"/> Der <input type="checkbox"/> Amb		<input type="checkbox"/> Izdo <input type="checkbox"/> Der <input type="checkbox"/> Amb	
<input type="checkbox"/> Rayos X adjunta	<input type="checkbox"/> Carta de Informatica Medica es adjunta		<input type="checkbox"/> Copia de Asistencia Medica / tarjeta de seguro es adjunta				

*Garante—la persona que es financieramente responsable por cantidades no cubiertas por el seguro.