

REGISTRO DEL PACIENTE



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

17671 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				Mensajes de texto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONTACTO DE EMERGENCIA						
Nombre				Teléfono		
INFORMACION DE SEGURO MEDICO			Asegurese de agregar copia (parte posterior y frente) de su tarjeta de seguro.			
Compañía de Seguros Médico Primario		ID #	Número de Grupo		Teléfono de Compañía	
Nombre y Apellido del Asegurado		Empleador	Fecha de Nacimiento			
Compañía de Seguros Médico Primario		ID #	Número de Grupo		Teléfono de Compañía	
Nombre y Apellido del Asegurado		Empleador	Fecha de Nacimiento			
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 esté 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*		
INFORMACIÓN MÉDICA			Debe ser completada por el Médico o Garante.*			
Doctor que prescriber			Código del Diagnóstico			
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal		
Teléfono		Fax				
USO EXCLUSIVO PARA EL MEDICO						
Médico o Persona Enyesando			Teléfono		Fax	
Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal
Correo Electrónica						
Estilo de Ortesis		<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.