

REGISTRO DEL PACIENTE



1360 Sunset Ave
Ferndale, WA 98248
ph: 360.384.1858
fax: 855.852.8341

17671 Dunbar Rd
Mt. Vernon, WA 98273
ph: 360.428.4003
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		Celular	Mensajes de texto		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Correo Electrónico			Altura		Peso

CONTACTO DE EMERGENCIA		
Nombre	Relación	Teléfono

INFORMACION DE SEGURO MEDICO		
Seguro Primario	ID #	Teléfono de Compañía
Seguro Secundario	ID #	Teléfono de Compañía

ASIGNACION Y AUTORIZACION		Este registro no se puede procesar sin una firma válida.	
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 este reclamo.			
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.*	
Médico Prescriptor					
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono		Fax			
Fisioterapeuta		Teléfono		Correo Electrónica	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A LOS MEDIOS — Opcional			Debe ser completada por el Garante.*	
Por la presente doy mi permiso y autorizo a Cascade Dafo, Inc./Cascade Prosthetics & Orthotics, Inc. (CASCADE) a usar y divulgar fotografías, grabaciones de video y/o grabaciones de audio mías, sin compensación, para los siguientes usos:				
<ul style="list-style-type: none"> Vídeo (para educar a los profesionales sobre el uso adecuado de los productos CASCADE); exhibiciones de la conferencia CASCADE; Inclusión en los sitios web de CASCADE y CASCADE Customer; 		<ul style="list-style-type: none"> anuncios de CASCADE y otros materiales o artículos de marketing impresos; Talleres CASCADE (para profesionales); Vídeo (con fines de marketing). 		
Paciente: tache las divulgaciones descritas anteriormente que no esté autorizando, si corresponde.				
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que esta autorización no caducará, pero que puedo revocarla en cualquier momento notificando a CASCADE por escrito. Si revoco esta autorización, entiendo que la revocación no se aplicará a los usos o divulgaciones de CASCADE que ocurrieron antes de que CASCADE recibiera la solicitud de revocación por escrito. Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales y federales y que pueda ser nuevamente divulgada por el destinatario de la información. Entiendo que esta autorización es completamente voluntaria y CASCADE no retendrá ningún tratamiento, bien o servicio si decido no firmar este formulario. 				
Paciente/ Representante Legal	X	Fecha		

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