

Los Angeles Orthopaedic Surgery Specialists

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de hoy:			Dr Primario:			
INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta <input type="checkbox"/> Menor	Estado Civil: (Circule uno) Casado/Soltero/Divorciado/Viudo separado
Es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no es asi, cual es nombre legal?		Fecha de nacimiento: / /		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Direccion:			Social Security #:		Telefono de casa: ()	
Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:		Telefono Celular:
Ocupacion:		Empleador:			# de telefono de empleador: ()	
Fue referido por: (Marque uno)			<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Insurance Plan <input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Family	<input type="checkbox"/> Friend	<input type="checkbox"/> Close to home/work	<input type="checkbox"/> Yellow Pages	<input type="checkbox"/> Otros		
Miembros de su familia vistos aqui:						

INFORMACION DE SEGURO					
(Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista)					
Persona responsable, si es menor de edad		Fecha de nacimiento: / /		Direccion (si es diferente de paciente)	
				Telefono de casa: ()	
Telefono celular:					
Ocupacion:	Empleador:	Direccion de Empleador:			# de telefono de empleador: ()
Indique relacion/parentesco:					
Aseguranza principal/primaria		<input type="checkbox"/> Medicare/Medical	<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Workers Comp <input type="checkbox"/> PI
<input type="checkbox"/> Cash	<input type="checkbox"/> Medicare Only	<input type="checkbox"/> Medical Only	<input type="checkbox"/> Other		
Nombre del suscriptor:		Social Security #:		Fecha de nacimiento: / /	# id de aseguranza: # de grupo: Co-pago: \$
Informacion de 2da Aseguranza:					
Aseguranza Secundaria: (si tiene alguna)		Nombre del Suscriptor:			#id de aseguranza: # de grupo:
Indique relacion/parentesco:					

EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre y Apellido:		Relacion con paciente:	Tel de casa: ()	Tel Celular: ()
<p>La informacion obtenida es verdadera y correcta. Autorizo a mi seguro pagar servicios directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no pagado. Autorizo a LAOSS y mi compania de seguro a entregar toda informacion necesaria para procesar mis reclamos.</p>				
Firma del paciente/guardian:			Fecha:	

