



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sufijo:	
Número de seguridad social:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estatura:	Peso:
Dirección:			Idioma preferido:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:	
Número de teléfono primario:	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular	¿Podemos enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono secundario:	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular	¿Podemos enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Permito que Midwest me contacte entre el correo electrónico que ha proporcionado. Entiendo que alguna información de salud protegida (PHI-Protected Health Information) podría ser compartido en esos correos electrónicos, y entiendo que el correo electrónico no es considera un método seguro para transmitir esta información: Inicial _____			

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Parte Responsable	Apellido:	Nombre:	Relación con el paciente:		
	<input type="checkbox"/> Comprobar si es lo mismo que el paciente	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Número de teléfono primario:	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular	Correo electrónico:
Contacto de emergencia	Apellido:	Nombre:	Relación con el paciente:		
	<input type="checkbox"/> Comprobar si es lo mismo que el paciente	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Número de teléfono primario:	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DE LA CLÍNICA Y INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA

Diagnostico:	¿Es el paciente diabético? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene receta hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quien se refiere: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:	Médico familiar:	Fecha de cita: (mes/año)
Médico que refiere y clínica:	Número de teléfono:	Fecha de cita: (mes/año)
Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional y la clínica:	Número de teléfono:	Fecha de cita: (mes/año)

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía del seguro principal	Compañía:	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación del trabajador
	Póliza:	Número de grupo:	<input type="checkbox"/> Otro:		
	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:		
	Relación con el paciente:	Lugar del trabajo:			
Compañía del seguro secundario	Compañía:	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación del trabajador
	Póliza:	Número de grupo:	<input type="checkbox"/> Otro:		
	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:		
	Relación con el paciente:	Lugar del trabajo:			
Compañía del seguro terciario	Compañía:	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación del trabajador
	Póliza:	Número de grupo:	<input type="checkbox"/> Otro:		
	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:		
	Relación con el paciente:	Lugar del trabajo:			

Firma del paciente o representante: _____ Fecha (mes/día/año): _____



ALLIANCE ORTHOPEDIC LABS, LLC

ALLIANCE ORTHOPEDIC LABS, INC.

» Asignación de Beneficios y Acceso a la Información

Yo autorizo el acceso a cualquier información medica necesaria para procesar todos los reclamos por medio de Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC.

Por este medio autorizo a mi compañía del seguro, que haga los pagos directamente a Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC para servicios ortopédicos-prostéticos y equipo médico durable y provisiones. Si los pagos de los beneficios del seguro se hacen directamente al paciente, el beneficiario lo endorsará y remitirá los a Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC.

» Asignación de Beneficios de Medicare

Certifico que la información dada por mí en la aplicación del pago bajo el titulo XVII del Acta del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho en representación mía. Asigno los beneficios pagaderos cubiertos por los servicios del seguro a la organización que provea los servicios y autorizo a dicha organización a enviar un reclamo a Medicare para pago.

» ¡POR FAVOR LEA!

Entiendo que Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC está actuando solamente como un agente designado para presentar beneficios del seguro; por lo tanto, Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC no asume ninguna responsabilidad de garantizar el pago de los cargos cubiertos. Entiendo que yo soy completamente responsable de todos los deducibles, co-aseguranzas y las renuncias a reclamaciones. Yo reconozco y afirmo mi obligación de pagar a Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC el total de todos los cargos incurridos, y ésta obligación no es de ninguna manera dependiente de reembolso bajo ningún plan del seguro médico. Cualquier arreglo a través del cual los pagos sean hechos directamente a Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC por medio de cualquier plan del seguros no afectará mi obligación de pagar el saldo restante. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos de colección, incluyendo gastos de agencias de colección, cargos de abogados, y costos de corte asociados con cargos de colección de cualquier cantidad adeudada con retraso a Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC.

» Devoluciones y Ajustes

Se me ha ofrecido una copia de las Pólizas de Devolución y Ajustes de Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC entiendo y estoy de acuerdo con estos términos y condiciones.

» Acta de Portabilidad y Responsabilidad de los Servicios de Salud (HIPAA-HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT)

Yo certifico que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Consultas Medicas Privadas y aviso de practicas de privacidad de Medicare de Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC. El Aviso de Consultas Médicas Privadas describe los tipos de usos y formas de dar a conocer la información de salud protegida de mi estado de salud en mi tratamiento, en el pago de mis facturas o en la labor de Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC y las operaciones de cuidado de la salud del Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC. El Aviso de Consultas Médicas Privadas también describe mis derechos y los deberes de Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC con respecto a la información de salud protegida (PHI-Protected Health Information). El Aviso de Consultas Médicas Privadas esta a la vista en la sala de espera en Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC. Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC se reserva el derecho de cambiar las consultas médicas privadas que están escritas en el Aviso de Consultas Médicas Privadas. Puedo obtener un Aviso revisado y corregido de Consultas Médicas Privadas llamando a la oficina y solicitando una copia nueva por correo, en siguientes citas o teniendo acceso a la pagina de Internet de Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC.

Por favor lea: Es importante obtener la información suficiente que sea posible para transmite de la compañía del seguro. Las formas incompletas pueden causar retraso en su proceso de reclamo.

Certifico que la información médica es correcta. Acepto notificar a Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC cualquier cambio cambio en mi corbertura del seguro durante el curso del tratamiento del paciente. Certifico que soy el paciente o debidamente autorizado para actuar como agente de un paciente para ejecutar y aceptar los términos y condiciones anteriores.

Solicito el pago de beneficios de seguro autorizados que se harán a Midwest Orthotic Services, LLC/A-S-C Orthotics and Prosthetics, LLC por cualquier artículo o servicios que me haya proporcionado ese proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por artículos o servicios relacionados a Midwest Orthotic Services, LLC/Alliance Orthopedic Labs, LLC.

Nombre en letras de impreta del paciente: _____

Firma del paciente o representante: _____ Fecha (mes/día/año): _____