

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 Asegure de agregar copia (parte posterior y frente) de su tarjeta de seguro.						
<u>Compañía de Seguros</u> <u>Médico Primario</u>		ID/PIC N°		Teléfono de Compañía		
Nombre y Apellido del Asegurado		Número de Grupo		Fecha de Nacimiento		
		Empleador				
<u>Asistencia Médica /</u> <u>Seguro Secundario.</u>		ID/PIC N°		Teléfono de la Aseguranza		
Nombre y Apellido del Asegurado		Número de Grupo		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.