

### Informacion

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Social # \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Licencia Conducir/ID # \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Telefono secundario \_\_\_\_\_  
Estado Civil Casado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Separado \_\_\_ soltero \_\_\_ Otro \_\_\_  
Empleado Si \_\_\_ No \_\_\_ Retirado Si \_\_\_ No \_\_\_ Escuela Si \_\_\_ No \_\_\_  
Nombre de Empleo \_\_\_\_\_  
Correo electronico \_\_\_\_\_  
Podemos enviarle correo electronico? Si \_\_\_ No \_\_\_ Podemos dejarle correo de voz? Si \_\_\_ No \_\_\_

### Seguro Medico

Tipo de reclamo WC \_\_\_ PIP \_\_\_ Fecha de accidente \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
**Seguro primario** \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp # \_\_\_\_\_  
**Seguro secundario** \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp # \_\_\_\_\_  
Titular de la poliza principal/ Garante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Relacion del paciente Propio \_\_\_ Conyuge \_\_\_ Hijo/Hija \_\_\_ Otro \_\_\_  
Direccion de Garante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Abogado de poder Si \_\_\_ No \_\_\_

### Historia Medica

Eres Diabetico/a? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Medico de tratamiento \_\_\_\_\_ Tele# \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Ha recibido el beneficiario suministros/equipos de igual o similares? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Lista de equipos:  
Fecha proporcionado \_\_\_\_\_  
Se sustituye este articulo? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Nombre del Medico que lo refiere \_\_\_\_\_ Tele # \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Contacto \_\_\_\_\_ Tele \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
Quien usted autoriza a contactarnos y obtener informacion medica sobre usted?  
Nombre \_\_\_\_\_ Tele# \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto pagar, todos los gastos no cubiertos por mi compañía de seguros de manera oportuna. También entiendo que se añadirán recargos a una tasa del 1,5% mas mi saldo según NJAC 39:6a-5C para cualquier saldo no pagado que sea más de 60 días. Además, si mi cuenta delincente es enviado a una agencia de colección se agregará un cargo de 20% colección. También estoy de acuerdo liberar los registros médicos necesarios para procesar esta solicitud. Yo verifique la información anterior es correcta y autorizo a Oertel Orthopedics, Inc a la orden, fabricar o hacer reparaciones eficaces, para mi dispositivo medico.

Firma del Paciente/Responsable Garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_