

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

DOB _____ SSN(últimos cuatro dígitos) _____ Altura _____ Peso _____ tamaño del zapato _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Por favor circule el teléfono preferido Correo Electrónico _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

médico de referencia _____ Médico de Atención Primaria _____

Fecha de la cirugía _____ Cirujano _____

¿Estás recibiendo fisioterapia? SI / NO

En caso afirmativo, nombre del fisioterapeuta _____

Dirección/Teléfono _____ / _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD: Padre/Guardián _____ DOB _____

Teléfono _____ Dirección, si es diferente del paciente _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Medicare HIC# _____ Medicaid ID# _____

Compañía de seguros privada _____ Identificación# _____

Dirección / Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono _____

Nombre del suscriptor de Seguro _____ Fecha de nacimiento _____

Compensación del trabajador o reclamo sin culpa:

Dirección de la aseguradora _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de Lesión / Accidente _____ Numero de reclamo _____

Empleador _____ WCB Caso# _____

PACIENTES ORTÓTICOS DE MEDICARE

En los últimos cinco años, ¿ha recibido el mismo o similar tipo de aparato ortopédico de otra instalación, médico o fisioterapeuta?

____ Si ____ No En caso afirmativo, artículo recibido _____ Editor _____ Cuando _____

¿Actualmente vive (permanente o temporalmente) en un centro de enfermería especializada, centro de atención intermedia u otro centro? ____ Si ____ No En caso afirmativo, instalación _____