

\_\_\_\_\_ # de Tarjetas Copiadas

Fecha: \_\_\_\_\_

# de Cuenta \_\_\_\_\_

# Patient Intake Form (ES)

# de Aseguransa \_\_\_\_\_

IMPRIMA y complete todas las secciones.

Co-Pago \$ \_\_\_\_\_

## Información de Paciente

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ (Segundo) \_\_\_\_\_ (Edad) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo Elec: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Numero de trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Legalmente Separado(a) Nombre de compañero: \_\_\_\_\_

Su condición es resultado de una lesión de trabajo?  SI  NO Accidente Automovilístico?  SI  NO **Fecha de Lesión?** \_\_\_\_\_

Como desea que se le llame? (Sobre Nombre?) \_\_\_\_\_

## Paciente/Información de la parte responsable del paciente

Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Espos(a)  Otro \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Jubilado  Desempleado Estudiante:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  No

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador de Espos(a): \_\_\_\_\_ Numero de trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Información de Seguro (Aseguransa) del paciente

*Por favor presente la tarjeta de (aseguransa) a la*

*Recepcionista*

Nombre de Aseguransa PRIMARIA: \_\_\_\_\_ -- Para el trabajo o lesiones de auto # : \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

**\*\*\*Por favor recuerde que el seguro es un método de reembolso al paciente para honorarios pagados al médico y no es una subestación de pago. Algunas empresas pagan subsidios fijos para determinar procedimientos; otros pagan un porcentaje de la carga. Es su responsabilidad de pagar cualquier coaseguro, deducible**

## Información de Referencia para el Paciente

Referido Por: \_\_\_\_\_ Si referido por un amigo, podemos agradecerle?  SI  NO

Nombre (s) de otro médico (s) que le atienden: \_\_\_\_\_

## Información de Contacto de Emergencia

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

## Asignación de beneficios ~ Acuerdo financiero

Le concedo autorización para el pago de las prestaciones del seguro de hacerse directamente al Dr. Wayne M. Latimer y /o IROC Corp. , y cualquier ayuda a los médicos, por los servicios prestados si el pago es de compañía de seguros o abogado. Yo entiendo que soy completamente financieramente responsable de todos los cargos sean o no sean cubiertos por el seguro. En caso de impago, me comprometo a pagar todos los gastos de las colecciones médicos y de abogado. Autorizo este proveedor de atención médica para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de estas prestaciones. Estoy de acuerdo además que este documento será legal y de acuerdo con a cualquier abogado que pueda estar trabajando con, o todo lo que aún puede ser contratado, y que una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Método de pago:  EFFECTIVO  CHEQUE

IROC ~ ps

**Dr. Latimer's Integrative Rehab,  
Occupational and Sports Medicine**



Purple Intake Form- SPANISH

Ultima Revision 2/13/20 603 N. Mission St. -- Wenatchee, WA, 98801 -- (509) 884-HELP ! (4357) -- Fx #: (509) 888 - 4601