



# Bienvenido de nuevo!

Section 1: Información del Paciente		Fecha: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Numero de Seguro Social: _____
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____	Teléfono de Trabajo: _____	Ext. _____
Cellular: _____	Correo Electrónico: _____	
Médico que Refiere: _____	Teléfono: _____	
Terapeuta Fisico: _____	Teléfono: _____	
Section 2: Información del Seguro - Por favor proveer copia de sus tarjetas de Seguros!		
Nombre del titular de la Póliza: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____
Relación con el paciente: _____	Lugar de trabajo: _____	Teléfono de Trabajo: _____
Dirección del trabajo: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Compañía de Seguro: _____	Grupo#: _____	ID#: _____
Compañía de Seguro Secundario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por Favor marque el Seguro Secundario		
<input type="checkbox"/> Medicaid: _____	<input type="checkbox"/> Medicare: _____	<input type="checkbox"/> Aseguranza Privada: _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____

### Asignación de Beneficios a Seguros Privados

Entiendo que Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics. esta actuando solamente como un agente designado para presentar beneficios de seguros; por lo tanto, Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics 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 renuncia a reclamaciones. Yo reconozco y afirmo mi obligación de pagar a Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics el total de todos los cargos incurridos, y ésta obligación no es de ninguna manera dependiente de reembolso bajo ningún plan de seguro médico. Cualquier arreglo a través del cual los pagos sean hechos directamente a Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics por medio de cualquier plan de 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/Scott Larson Orthotics.

### 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 de Midwest Orthotics. El Aviso de Consultas Medicas Privadas describe los tipos de usos y formas de dar a conocer la información confidencial de mi estado de salud en mi tratamiento, en el pago de mis facturas o en la labor de Scott Larson Orthotics y las operaciones de cuidado de la salud del Centro Tecnológico. El Aviso de Consultas Medicas Privadas también describe mis derechos y los deberes de Scott Larson Orthotics rivadas esta a la vista en la sala de espera en Scott Larson Orthoticsy en la página de Internet de Scott Larson Orthotics. Scott Larson Orthotics se reserva el derecho de cambiar las consultas médicas privadas que están descritas en el Aviso de Consultas Medicas Privadas. Puedo obtener un Aviso revisado y corregido de Consultas Medicas Privadas llamando a la oficina y solicitando una copia nueva por correo, en siguientes citas o teniendo acceso a la pagina de Internet de Scott Larson Orthotics.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha