



## Formulario para la Visita Actual/Seguro del Paciente

*Orthopaedic Surgery  
& Sports Medicine*

OF SAN ANTONIO

Nombre del Paciente:

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Medio de Contacto Preferido:  Hogar  Teléfono  Tel. Celular  Email

No. de Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_ Empleador (Patrón): \_\_\_\_\_

No. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Con quién podemos comunicarnos en Caso de Emergencia? Nombre completo: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono Primario: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Doctor que lo refiere: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_

**Política sobre los Pagos:** Todos los pagos se deben cubrir al momento en que se otorgan los servicios. Este consultorio médico tiene una obligación legal con las compañías de seguros con las que tiene celebrado un contrato respecto al cobro de copagos, coseguros y deducibles al momento de otorgar el servicio. Todo saldo que alcance 90 días de vencido, sin mostrar pago, será traspasado a terceras personas para su cobranza u otra clase de acción necesaria. Habrá un cargo por el llenado de formas que requieran más de una firma y un cargo de \$20.00 dólares por expedición de cartas, cada vez que le proporcionemos los servicios anteriores.

**Cancelación/Reprogramación de Citas:** Si usted no puede acudir a su cita, por favor avísenos por lo menos 24 horas antes para cancelar o reprogramar su cita. Agradecemos su cortesía ya que esto permitirá que otros pacientes que necesitan exámenes podrán tener la opción de usar la hora de su cita. A los pacientes que no vengán a sus citas se les cobrará \$25 dólares a menos que la cita haya sido cancelada con 24 horas o más de anticipación. Los pacientes que reciben Compensación por Lesiones en el Trabajo pagarán esta cantidad de su propio bolsillo.

Enterado. Iniciales del Paciente \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros Primaria:** \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Parentesco del Paciente con el Asegurado: \_\_\_\_\_

No. de Identificación de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_

**\*Compañía de Seguros Secundaria:** \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Parentesco del Paciente con el Asegurado: \_\_\_\_\_

No. de Identificación de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_