

OrthoPro of Reno, Inc.

Referido por: \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Entidad responsable: \_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente: Usted: \_\_\_ Esposo(a): \_\_\_ Padre: \_\_\_ Guardian: \_\_\_ Otro: \_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estatus Civil: Casado(a) \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Empleador del Beneficiario(a): \_\_\_\_\_  
Telefono del Empleador: \_\_\_\_\_

Si es Compensation del Trabajador (Worker's Comp), cual es el nombre de la empresa de Seguro?: \_\_\_\_\_  
Nombre de Ajustador: \_\_\_\_\_  
# de telefono de Ajustador: \_\_\_\_\_  
# de reclamo: \_\_\_\_\_

Information de Seguro Medico

Seguro Principal: \_\_\_\_\_  
Poliza o # de Identification \_\_\_\_\_  
Nombre de Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento de Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social de Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_  
Poliza o # de Identification \_\_\_\_\_  
Nombre de Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento de Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social de Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Su deducible y/o su co-pay se debe en el momento que se le otorga el servicio. Como una cortesia cobraremos se seguro departe de usted, pero la responsabilidad de wue el pago sea hecho, es suya. Si por cualquier razon su seguro niega el pago usted es responsable para el pago total.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Asignacion de Beneficios

Yo solicito que el pago autorizado por los beneficios de Medicare, Medicaid o algun seguro privado sea hecho a OrthoPro of Reno, Inc. por cualquier servicio proveido por esta facilidad. Yo autorizo a cualquier guardian de mi informacion medica que comparte dicha informacion con las Administracion Financiera de Servicios de Salud (Healthcare Financing Administration) y sus agents, Champus y sus agents o a cualquier empresa de seguro privado cualquier informacion necesario para determiner estos beneficios o los beneficios pagables servicios relacionados.

Si este es un reclamo de seguro privado, aun mas estoy de acuerdo de ser responsable por el cobro total desde la fecha de entrega, si la empresa de mi seguro privado no paga por los cobros a corto plazo o si yo fracaso en proveer la informacion necesario para someter el reclamo de pago dentro de treinta (30) dias.

---

Firma de Beneficiario/Padre/Guardian

---

Fecha

OrthoPro of Reno, Inc.  
Custom Orthotics and Prosthetics

Consentimiento para el uso y el acceso de la información protegida de la salud

Firmando abajo, usted consiente al uso y al acceso de su información protegida de la salud de OrthoPro de Reno, de Inc., de nuestro personal, y de nuestros socios para el tratamiento, el pago, y los propósitos de las operaciones del cuidado médico. Para una descripción más detallada de nuestras aplicaciones y accesos de la información protegida de la salud, repase por favor nuestro aviso de las prácticas de la información, que se fija en nuestro sitio que espera. Usted tiene la derecha de repasar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de este aviso pueden cambiar. Si los términos cambian, usted puede obtener un aviso revisado entrándonos en contacto con en 775-324-1443 y solicitando un aviso nuevo. Usted tiene la derecha de solicitar que restringimos nuestras aplicaciones o accesos de su información protegida de la salud que nos permiten de otra manera para hacer para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico, aunque nos no requieren convenir estas restricciones. Sin embargo, si convenimos otras restricciones, están atando en nosotros. Finalmente, usted tiene la derecha de revocar el consentimiento en la escritura, excepto hasta el punto de hayamos tomado la acción en confianza en ella.

---

Firma del Paciente

---

Fecha