



## Información General Del Paciente

Nombre de Pila \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género  Hombre  Mujer

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Idioma Preferido \_\_\_\_\_

Estado Civil  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Otros \_\_\_\_\_

### \*Por Favor Seleccione Su Número de Teléfono de Contacto Preferido.

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio de Casa: \_\_\_\_\_

## OTRA Información del Paciente

¿Cuál es su etnia? Por favor elija uno:  
 Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Prefiero No Responder

¿Cuál es su raza? Por favor marque cualquiera que se aplique:  
 Indio americano o nativo de Alaska  Hawaiano nativo o otros isleños del Pacífico  
 Asiático  Blanco  Negro o afroamericano  Otros  Prefiero no responder

## Paciente Contactos

### PARTE RESPONSABLE

Paciente  Otro si otro, por favor complete esta sección:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Relación Con el Paciente  Padre  Guardián  Otros \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio de Casa con Código Postal: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**  Igual que responsable  Otro si otro, por favor complete esta sección:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación Con el Paciente \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio de Casa con Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección igual que el paciente

**Información del Seguro Médico**

¿Es un caso de compensación de trabajo?  Si  No

Nombre del Administrador de Casos / ID. de Caso # \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

**COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA**

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Relación Con el Suscriptor  Uno Mismo  Cónyuge  Niño  Otros \_\_\_\_\_

**\* Si el paciente no es el suscriptor, por favor complete la sección de información del suscriptor a continuación.**

**COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA**

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Relación Con el Suscriptor  Uno Mismo  Cónyuge  Niño  Otros \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

**Por favor marque todo lo que aplique:**

- Su condición es el resultado de un accidente de empleo
- Su condición es el resultado de un accidente automovilístico
- Su condición es el resultado de cualquier otro tipo de accidente
- He tenido esta condición desde nacimiento

Si su condición es el resultado de un accidente o lesión, llene los siguientes detalles:

Fecha de accidente/lesión \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Donde Sucedió \_\_\_\_\_

Descripción de accidente/lesión: \_\_\_\_\_

¿ha recibido alguna ortesis o prótesis en los últimos cinco años?  Si  No Si es así, por favor enumere los artículos y la fecha:

**Brace It Orthotics and Prosthetics**

**Request for Medical Records/Documentation (Solicitud de expedientes médicos/documentación)**

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Dear: \_\_\_\_\_

This letter will authorize you to provide a copy, summary, or narrative of my medical records (as indicated by the check mark(s) below) or to otherwise release confidential information. At this time, I am requesting the following:

\_\_\_\_\_ Compete Record

\_\_\_\_\_ Records of care from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ only

\_\_\_\_\_ Records Of care concerning the following condition

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Other. Please Specify \_\_\_\_\_

The following person(s)

Brace It Orthotics and Prosthetics  
3170 W Sahara Ave #150  
Las Vegas, NV 89102

**Phone: 702-478-5848**

**Fax: 702-478-5565**

The reason or purpose for this release of information are:

\_\_\_\_\_

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

(Patient or person legally authorized to consent on patient's behalf)

### **Póliza de Garantía:**

Este período de garantía para ortesis y prótesis personalizadas/prefabricadas es de 3 meses para la mano de obra y los materiales. Los ajustes y reparaciones necesarios dentro del período de garantía se harán sin costo alguno. Habrá una carga separada para los ajustes en las reparaciones que se hacen como resultado de cambios fisiológicos o de desgaste y de rasgón indebidos. Después del período de garantía de 3 meses, el trabajo de reparación para el desgaste normal del cuero, de los trazadores de líneas o de cualesquiera ajustes adicionales prescritos por un médico serán honorarios de la tarifa de la carga los ajustes pequeños serán determinados por el practicante.

El infrecuente o no uso del dispositivo, o la falta de contacto con el profesional que lo atiende, no absuelve al paciente, a la compañía de seguros, al hospital o a la casa de reposo de la responsabilidad de pago. Puesto que el dispositivo es prescrito por un médico y procesado, no puede ser devuelto para el crédito en la cuenta. Es en su mejor interés comunicarse con su practicante de manera oportuna para permitirnos resolver cualquier problema o problema que usted está experimentando lo más rápido y eficientemente posible. Es nuestra meta en Brace-It O&P para proporcionarle el mejor cuidado posible, y haremos cada intento para satisfacer sus necesidades. Póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta o comentario.

### **Póliza Financiera:**

Brace-It O&P verificara el seguro medico antes de su visita con el practicante. La autorización previa (o la necesidad de la misma) es verificada y obtenida antes de la realización o entrega de cualquier artículo que le suministremos. Cada intento se hace para proporcionarle un estimación de su costo si usted es responsable de cualquier deducible y/o copago. Esto será debido y pagado en su totalidad en el momento en que se entregue el artículo.

**Pago en efectivo** se requiere que los pacientes pongan el 50% abajo en cualquier artículo (ortesis, o dispositivo prostético) antes de que ordenemos cualquier provisiones o empecemos a hacer cualquier dispositivo. El saldo restante se vence en el momento de la entrega.

Su compañía de seguros nos puede aconsejar que la autorización previa no es una garantía de pago. En caso de que su compañía de seguros decida no pagarnos, se le responsabilizará del 100% de los cargos facturados. Nuestra oficina hará todo lo posible para que su compañía de seguros pague sus artículos antes de que le enviemos la factura. Si se determina que la compañía de seguros no pagará por el (los) artículo (s), usted acepta aceptar la responsabilidad de pago por el (los) artículo (s) que usted ha recibido. El pago será adeudado y pagadero 30 días después de recibir su declaración. Como cortesía, le facturaremos a su compañía de seguros primaria para usted después de la verificación de los servicios cubiertos. Retendremos la acción por 60 días, pero si su compañía de seguros no ha pagado en el plazo de 60 días, esperamos que usted pague el saldo de su cuenta en su totalidad inmediatamente. Usted puede entonces solicitar el reembolso/apelación de su compañía de seguros. Facturaremos a su compañía de seguros secundaria una vez que la primaria haya pagado.

Una vez que se ha hecho un artículo personalizado para usted o un elemento de medida personalizado ordenado para usted, no puede ser devuelto a la fabricación ni podemos llevarlo de vuelta para su uso en otro paciente. Le facturaremos a su compañía de seguros por estos artículos y mantendremos a su responsable por cualquier saldo pendiente, independientemente de si el/los artículo (s) han sido recibidos por usted. Una vez que una declaración es enviada a usted, el no contactarnos o despejar el saldo dentro de 60 días puede resultar en más acción legal. Si esto ocurre, su cuenta está sujeta a cargos adicionales de \$75,00, de nuestra agencia de cobranza, así como cargos mensuales adicionales de intereses.

Cheque devuelto: se aplicará un honorario de \$35.00.

Entiendo que una vez que la ortesis ortopédicos y prótesis libera mi cuenta a cualquier agencia de cobranza soy responsable de todo el saldo pendiente, incluyendo las penalizaciones/intereses y cobros de agencia incluso si mi compañía de seguros paga apoyo Ortesis y prótesis o la Agencia de recolección después de la cuenta es entregado a ellos.

### **Poliza de Reembolso:**

Los artículos hechos a medida son específicamente para sus necesidades de acuerdo con las órdenes de su doctor. Una vez que se ordene un artículo hecho a la medida, usted y/o su seguro serán facturados por el (los) artículo (s). Una vez que el artículo se ordena para usted, no puede ser vuelto, y los reembolsos no serán publicados, pues este artículo fue fabricado específicamente para usted y no puede ser utilizado a un diverso paciente. Los artículos preconfeccionados no serán devueltos después de tomar la entrega del (los) dispositivo (s) ya que esto viola los códigos de salud y es antihigiénico. Todos los esfuerzos se hacen antes de salir de la oficina para asegurarse de que el (los) artículo (s) son los prescritos y que se pueden poner y quitar correctamente, el artículo (s) debe ser cómodo y tolerable para llevar una vez que se acostumbre en el dispositivo (s) según las instrucciones de su practicante.

**\* Al firmar a continuación, usted acepta y entiende las pólizas de la compañía mencionadas anteriormente y acepta los términos indicados.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy



## **Acuse de recibo de Aviso de prácticas de privacidad**

Por la presente Certifico que he recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" a *petición del paciente* que describe cómo Brace-It O&P puede revelar mi información de salud protegida, será utilizado y divulgado en la realización de mi tratamiento, la recolección de mis facturas, o las operaciones de atención de la salud y para otros fines que son permitidos o requeridos por ley. También describe mis derechos de acceso y control de mi información médica protegida. Mi "información de salud protegida" significa cualquier información escrita y de salud oral, incluyendo datos demográficos que pueden ser usados para identificarme. Esta es la información de salud que se crea o recibe por Brace-It O&P y que se relaciona con mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición.

Brace-It O&P reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en su aviso de prácticas de privacidad. Brace-It O&P también se reserva el derecho de aplicar estos cambios retroactivamente a la PHI recibida antes del cambio en las prácticas de privacidad. Entiendo que puedo obtener una notificación revisada de prácticas de privacidad llamando a Brace-It O&P en 702-478-5848 y solicitar una copia revisada se enviará por correo o pidiendo uno en el momento de mi próxima cita.

---

Firma del paciente o padre/guardián/cuidador

---

Nombre del paciente o padre/guardián/cuidador

---

Fecha

---