



O & P In Motion, Inc.
Pediatric and Adult
Orthotics & Prosthetics

POR FAVOR LLENE
LAS TRES PAGINAS

(Imprima)

Fecha: _____

Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____ **Sexo:** ____ **Edad:** ____
Apellido Nombre M.I.

Dirección: _____
Apt. # Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Estado Matrimonial: Soltero ____ Casado ____ Viudo ____ Separado ____ Divorciado ____ **SSN #:** _____

Empleador del Paciente: _____ **Ocupación:** _____

Dirección del Negocio: _____ **Teléfono:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Teléfono:** _____
Relación al Paciente

A quién agradecemos por su referencia?: _____

Si el paciente es un menor de edad por favor completa debajo:

Nombre del Padre: _____ **Numero de Licencia:** _____ **SSN#:** _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Empleador del Padre: _____ **Ocupación:** _____ **Numero de Teléfono:** _____

Dirección: _____

Si el paciente es un menor de edad por favor completa debajo:

Nombre de la Madre: _____ **Numero de Licencia:** _____ **SSN #:** _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Empleador de la Madre: _____ **Ocupación:** _____ **Numero de Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Negocio:** _____

SEGURO PRIMARIO

Medicare: _____ Medí-Cal: _____ CCS: _____ Privado: _____ HMO: _____ Sin Seguro: _____

Nombre de directiva de titulares: _____ SS #: _____
(PARA PROPÓSITOS DE FACTURACIÓN)

Paciente: _____ Cumpleaños: _____ Teléfono: _____

Nombre de Seguro: _____ Grupo #: _____ Suscriptor #: _____

Dirección de Seguro: _____ Teléfono: _____

SEGURO ADICIONAL

Cubierto por el seguro adicional: Si _____ No _____

Medicare: _____ Medí-Cal: _____ CCS: _____ Privado: _____ HMO: _____ Sin Seguro: _____

Nombre de directiva de titulares: _____ SS #: _____
(PARA PROPÓSITOS DE FACTURACIÓN)

Paciente: _____ Cumpleaños: _____ Teléfono: _____

Nombre de Seguro: _____ Grupo #: _____ Suscriptor #: _____

Dirección de Seguro: _____ Teléfono: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Estoy de acuerdo que soy totalmente responsable y responsable para el pago de todos los cargos por servicios profesionales prestados y pagará esa suma debido a la demanda. Entiendo que los formularios de reclamación de seguro serán sometidos a mi compañía de seguros **como una cortesía sólo** y que soy responsable de todos los cargos independientemente de cualquier cobertura médica existente. Tengo entendido que la verificación y autorización de beneficios de seguro no son una garantía para el pago por mi compañía de seguros. Es mi responsabilidad de entender completamente mi cobertura de seguro de salud, su política las limitaciones, exclusiones y cambios. Además, entiendo que de O & P In Motion, Inc. no pueden aceptar la responsabilidad final para la colección de seguro o de negociación de solución de un caso legal.

Entiendo y acuerdo en que es necesario iniciar acciones legales para la recogida de cualquier cargo pendiente en mi cuenta, será responsable de cualquier gasto y costas judiciales, además del saldo pendiente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Paciente o jurídica Tutor

POLÍTICA FINANCIERA

Encontrado que la comunicación con nuestros pacientes con respecto a nuestra política financiera nos asiste en brindar el mejor servicio a usted. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en discutirlo con nosotros.

Verificación de Seguro:

Como una cortesía que el asegurado, O & P In Motion, Inc. verifica las prestaciones del seguro y cobertura en el momento de comenzar nuestros servicios profesionales. Esta verificación es sólo una estimación de beneficios de seguro en el momento de la verificación y en ninguna manera una promesa en nombre de la compañía de seguros para pagar por los servicios prestados. El paciente, o tutor legal, es responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro, o no tal cobertura de acuerdo con la cantidad estimada. El paciente, o tutor legal, también es responsable de los cargos si la compañía de seguros niega la afirmación o considera que el tratamiento proporcionado no es médicamente necesario. Es recomendable para el paciente para confirmar que su póliza cubrirá los servicios prestados y saber si limitaciones. En cada visita, se le pedirá pagar su porción estimada (copago o deducible) para el tratamiento. Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, cheque, VISA, MASTERCARD o DISCOVER.

Política de Cancelación:

Apreciaríamos grandemente las 24 horas de aviso si usted es incapaz de mantener su cita programada. Cita cancelada por motivos de no-emergencia con menos de 24 horas de aviso puede estar sujeto a un **cargo por cancelación de \$30.00. Llegada más de 20 minutos después de la hora de su cita programada puede considerarse una cita fallida y será reprogramado.**

Autorización:

Autorizo por este medio O & P In Motion, Inc. para proporcionar servicios profesionales a mí / mi hijo / mi pupila legal. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los gastos incurridos para mí / mi hijo / tratamiento de mi pupilo legal, incluso si tengo un seguro que cubre todo o parte del costo del tratamiento.

Liberación de información médica necesaria para presentar un reclamo a mi aseguradora y asignar beneficios por pagar de otra manera a mí: **O & P In Motion, Inc.** También autorizo a mi compañía de seguro para pagar los servicios prestados O & P In Motion, Inc...

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Paciente o Tutor Legal

Si desea hacernos, automáticamente podemos aplicar su porción de la factura de tu tarjeta Visa, MasterCard o Discover

Yo Autorizo: **O & P In Motion, Inc.**
18913 Sherman Way
Reseda, CA 91335

Para aplicar mí saldo a mi cuenta de tarjeta de crédito. (Por favor marque uno)

Visa MasterCard Discover

Número de cuenta: _____ Expiración Date: _____
(debe ser de 16 dígitos)

Nombre del titular (por favor imprima)

Firma del titular

Fecha: _____