

O & P SERVICES INC.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Correo electronico _____

Direccion _____ Telefono _____

Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____ Telefono _____

INFORMACION DEL PADRE / REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Del Padre/Guardian _____ Relacion al paciente _____

Direccion _____ Telefono _____

Empleador _____ Telefono _____

Nombre Del Padre/Guardian _____ Telefono _____

Empleador _____ Telefono _____

INFORMACION FINANCIERA

Primer Seguro Medico _____ Nombre & ID del Asegurado _____

Segundo Seguro Medico _____ Nombre & ID del Asegurado _____

HISTIRIAL MEDICO

Diagnostico (problema medico) _____ Lado Afectado : Izquierdo Derecha Ambos

Sexo : Masculino Femenino Estatura _____ Peso _____

Doctor que firmara la Prescripcion _____ Quien lo refirio _____

Telefono del Doctor _____ Fax # _____

Porfavor marque las siguientes categorias que aplican al paciente:

____ Previo cuidado Ortopedico/Prostetico

____ Terapia Fisica

____ Diabetes

____ Dolor de Espalda

____ Usa caminador/Muletas/Baston

Alergias : _____

____ Fecha de Amputacion(es) _____

____ Problemas cardiacos

____ Cirugias

____ Problemas Circulatorios en las Extremidades

____ Derrame Cerebral

Comentarios que nos ayuden con su cuidado medico _____

Por medio de la presente autorizo a que se genere la informacion medica u otra necesaria para procesar esta peticion. Yo tambien pido el pago de los beneficios gubernamentales a las personas asignadas. Yo autorizo el pago de los beneficios medicos a O & P Services Inc. por los servicios prestados. Yo soy responsable por cualquier balance que no este cubierto por mi compania de seguro.

Yo tengo el conocimiento y recibo de O & P Services Inc. las practicas de privacidad y entiendo que el tiempo de entrega del aparato desde la evaluacion inicial podria tomar de cuatro a ocho semanas dependiendo en varios factores como: las visitas al hogar o la oficina, obtener pre-autorizacion de su aseguradora, prescripcion del doctor y disponibilidad de equipo especial o componentes.

Firma _____ Fecha _____