

Mayfair Professional Building, 2500 N. Mayfair Road, Suite 670, Milwaukee WI 53226

Glendale OHOW Medical Office Building, 525 W. River Woods Parkway, Suite 230, Glendale, WI 53212

Cedarburg Office, W62 N208 Washington Ave • Cedarburg, WI 53012

Airport Office, 5007 S. Howell Ave., Suite 320 • Milwaukee WI 53207

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de Cita _____	Fuente de referencia _____
Cita con Dr _____	Medica primaria _____
En caso de lesion, Dia de accidente/lesion _____	# seguridad social: _____
Paciente _____	Edad ____ Fecha de nacimiento _____
Direccion _____	Ciudad, estado y codigo postal _____
Pronombres: Ella ____ El ____ Ellos ____ Otrora ____	
Elecciones de carrera: American Indian ____ Asian ____ Black ____ Native Hawaiian ____ Type-Unknown ____	
White ____	
Opciones de etnia: Hispanic Origin ____ Non-Hispanic ____ Type-Unknown ____	
Empleador: _____	Telefono de casa _____
Direccion de codigo postal _____	Telefono de trabajo _____
Nombre esposola pariente _____	Telefono celular _____
Empleador de esposola _____	Correo electronico _____
Ciudad, estado y codigo postal _____	
Fecha se nacimiento de esposola periente _____	

POR FAVOR LEA Y FIRME

Acepto que Hand to Shoulder Specialists of Wisconsin pueda solicitar y utilizar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios farmacéuticos para fines de tratamiento.

Todos los servicios profesionales prestados son pagaderos por el paciente. Se completarán los formularios necesarios para agilizar los pagos de la compañía de seguros. El paciente es el responsable final de todos los cargos incurridos.

Por la presente autorizo a Hand to Shoulder Specialists of Wisconsin a proporcionar a mi(s) compañía(s) de seguro(s), o a sus representantes, información sobre mi enfermedad (la de mi dependiente) y el tratamiento. Por la presente asigno a Hand to Shoulder Specialists of Wisconsin todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mi dependiente. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro (menos los descuentos contractuales)

Entiendo y acepto que en caso de incumplimiento de pago de cualquier cantidad adeudada a Hand to Shoulder Specialists of Wisconsin, pagaré todos y cada uno de los costos de cobro de dichos pagos, incluyendo, sin limitación, los honorarios de agencias de cobro de terceros. Esto se acuerda a partir de la fecha indicada a continuación.

Yo reconozco que el doctor Meister, Crimmins, Hodgson, Wu y doctor Trenga de esta oficina tienen un interés de propiedad en Orthopedic Hospital Of Wisconsin Y doctor Crimmins tiene interés de propiedad en Wauwatosa Surgery Center. En curso de mi diagnóstico y/o tratamiento en esta oficina puedo ser referido/a para servicios en estas instalaciones. Si prefiero recibir los servicios referidos en un lugar diferente, tengo el derecho de notificarle a los personales de HSSWI tan pronto como sea posible después del momento de dicha remisión, para que se puedan hacer los arreglos alternativos.

FIRMA DE PACIENTE (PACIENTE O GUARDIAN)

FECHA

El nombre del paciente _____
Fecha _____

Por favor, presente su tarjeta de seguro a la recepcionista para hacer una copia y completa la información.

COBERTURA DE SEGURO PRIMARIO

Seguro _____
Dirección de reclamaciones _____
Ciudad/Estado/Código postal _____
la identificación _____
Grupo Numero _____
Nombre del suscriptor _____
Fecha de nacimiento del suscriptor _____
Número de Seguro Social del suscriptor _____

COBERTURA DE SEGURO SECUNDARIO

Seguro _____
Nombre del seguro _____
Ciudad/Estado/Código postal _____
Nombre del suscriptor _____
Grupo Numero _____
Subscriber Na la identificación _____
Fecha de nacimiento del suscriptor _____
Número de Seguro Social del suscriptor _____

Estás reclamando tu lesión o condición médica bajo la Compensación para Trabajadores?

Sí _____ No _____ **Sí la respuesta es sí, por favor, complete un formulario adicional que puede obtener en la recepción**