



¡Contactanos!

**Telefono:**

787-708-6456

787-771-1000

**Fax:**

787-708-6736

787-771-1001

**Website:**

balanceortho.com

# Registro de Paciente

Favor completar el documento en su totalidad de manera legible

Nombre	Inicial	Apellidos
Dirección Física		
Dirección Postal		
XXX-XX-		
Seguro Social:		Fecha Nac: Mes  Dia  Año
Tel Residencia:	Tel Trabajo:	Celular:
Estado Civil:		Ocupación/Lugar de Trabajo:
Correo Electronico ( <b>Requerido</b> ):		
Farmacia Preferida:	Nombre	Calle y Pueblo

## Contacto de Emergencia

(Solo especifique un contacto solamente)

Nombre:	Apellidos:
Teléfono:	Relación:

## Información Seguro Médico

(Completado por Paciente)

Plan Médico:	Num Contrato:
Num Grupo:	Asegurado Principal:
Relación con Paciente:	Nac Aseg Principal:
Trabajo Aseg Principal:	Tel Aseg Principal:

Favor entregar junto a este documento:

Tarjeta del plan

Identificación del estado (vigente)

Referido del seguro médico (si aplica).



Favor entregar cualquier estudio relacionado a su lesion una vez sea pasado al cuarto de examen.

(Placa, MRI, CT, Sonograma)



# Información sobre su visita o condición

Favor completar toda la informacion para mejor asistirle

Area Lesionada: (ej. hombro, rodilla)

Derecho/ Izquierdo (Indicar):

¿Cómo ocurrió?:

¿Cuándo ocurrió ?(tiempo estimado):

¿Dónde ocurrió?

Fecha de lo ocurrido (De ser accidente):

## Sobre usted

La siguiente información es necesaria para completar su record medico.

Alergias(Requerido):

Medicamentos (Requerido):

Altura (Requerido):

Peso(Requerido):

Otras condiciones medicas:

Firmando este documento certifico que la información provista es certera y fidedigna.

Firma de paciente o representante

Fecha



En **Balance Orthopedics** nuestro objetivo es poder brindarle el mejor trato individualizado a cada paciente. De acuerdo con esto, hemos implementado una Política de cancelación de citas médicas que mejor nos permite programar citas para todos los pacientes.

**Cancelación de cita:** Para ser respetuosos de las necesidades de otros pacientes, favor de llamarnos de inmediato si no puede asistir a su cita. Esta será reasignada a un paciente que también necesite tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, le pedimos que llame con al menos 24 horas de anticipación.

**Cita perdida:** De no presentarse a su cita esta será marcada en su récord médico como “no show” (ausentado). Nos reservamos el derecho de cobrar un cargo de treinta dólares (\$30.00) de no presentarse a su cita.

---

Firma de paciente o representante

Fecha



## **Autorización y Consentimiento para Tratamiento Médico**

Yo \_\_\_\_\_, o por carecer de capacidad para consentir, por conducto de \_\_\_\_\_ (representante legal), presto mi consentimiento para recibir servicios médicos de carácter general y relacionados a la práctica de ortopedia, que pueden incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico que el médico, sus asistentes o las personas que éste designe consideren necesario a su entero criterio. También reconozco que no se me ha dado garantía alguna respecto de los resultados del tratamiento. Todo tratamiento se realizará según el mejor juicio médico.

### **Notificación de Prácticas de Privacidad**

Su información protegida sobre la salud (PHI) será utilizada por Balance Orthopedics y divulgada por el Dr. Jose Echenique, y cualquier persona designada por él, a otras entidades para propósitos de tratamiento, para obtener reembolsos y para facilitar la continuidad del tratamiento con otros proveedores. El intercambio de su información protegida incluirá los medios de correo, fax, teléfono, mensajes de texto, correo electrónico y cualquier otro medio de acuerdo a la política de la práctica.

### **Firma**

He tenido la oportunidad de revisar este consentimiento y he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Le doy permiso al Dr. Jose Echenique y a cualquier persona designada por él para utilizar y divulgar mi información protegida sobre la salud de acuerdo a dichas prácticas.

\*Autorizo a mi plan médico a realizar todos los pagos correspondientes a los servicios prestados a mi nombre por el Dr. José Echenique y entiendo que soy responsable de estos cargos y/o servicios, que no sean cubiertos por mi plan médico.

---

Firma de paciente o representante

Fecha