

### iContactanos!

#### Telefono:

787-708-6456 787-771-1000

#### Mobile:

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:	Fech	a Nac: Mes  Dia  Año			
Tel Residencia:	Tel Traba	jo: Celular:			
Estado Civil:	Ocupació	n/Lugar de Trabajo			
Correo Electronico ( <b>Requerido</b> ):					
Farmacia Preferio	da: Nombre	Calle y Pueblo			

## Contacto de Emergencia

Información Seguro Médico (Completado por Paciente)

Lillerge	FIICIA		
(Solo especifique un c	ontacto solamente)	Plan Médico:	Num Contrato:
Nombre:	Apollidas	Num Grupo:	Asegurado Principal:
Nombre:	Apellidos:	Relación con Paciente:	Nac Aseg Principal:
Teléfono:	Realación:	Trabajo Aseg Principal:	Tel Aseg Principal:

Favor entregar conjunto 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:

Derecho/ Izquierdo (Indicar):

¿Cómo ocurrió?:

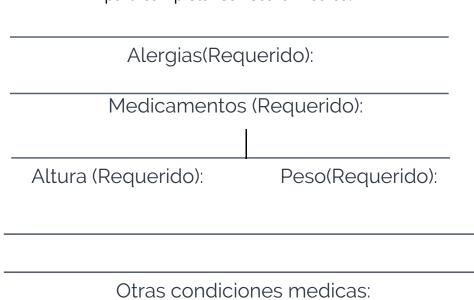
¿Cuándo ocurrió ?(tiempo estimado:

¿Dónde ocurrió?

Fecha de lo ocurrido (De ser accidente):

## Sobre usted

La siguiente información es necesaria para completar su record medico.



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