

URQUHART ORTHOPEDIC ASSOCIATES, P.A.  
Registro De Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Codigo Postal

Fecha de Nacimiento# \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Telephono #( ) \_\_\_\_\_ Trabajo #( ) \_\_\_\_\_ Celular#( ) \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_ M \_\_ F Soltero Casado Divorciado Viuda Otro

\*\*\*\*\*

Nombre de Poseedor de Tarjeta \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento # \_\_\_\_\_ Numero de Telephono # \_\_\_\_\_

.....

Jubilado: Si/No Ocupacion \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_

Direccion de Empleo \_\_\_\_\_ Telephono# \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Referido \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Telephono # \_\_\_\_\_

Medico Primario \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Telephono # \_\_\_\_\_

.....

Persona de Contactar en Relacion de  
Caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_

**Esta persona esta autorizada/o discutir su condicion medica con nosotros?**

Telephono de Casa \_\_\_\_\_ Telephone de Trabajo \_\_\_\_\_

Si paciente es un Menor  
Padre/Guardian Legal Telephono de Casa \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Codigo Postal

Fecha de Nacimiento de Padre \_\_\_\_\_ Seguro Social de Padre # \_\_\_\_\_

Política de Pago

Todo Cuidado Medico, Auto, Los Reclamos Privados de la Salud se someten los reclamos como asignados. Usted sera responsable de co-pagos, el coaseguro o deductibles. Todo copays de la visita de la oficina es debido el dia de su visita. Es la responsabilidad de la visita de la oficina es debido el dia de su visita. Es la responsabilidad de paciente para obtener y mantener una referencia valida para todas citas. Si usted no tiene una referenica valida, nosotros tendremos que reprogramar su cita.

Autorizo los reclamos de la compensacion de obrero seran sometidos directamente al portador para el pago.

Firmando esta politica, yo autorizo todos pagos del seguro, inclusive cuidado medico & los pagos de medigap para medigap para servicios medicos rendidos a yo mismo o a mis dependientes a los medicos de Marc Urquhart, M.D., PA

Autorizo Tambien a Dr. Urquhart para proporcionar y reveler que informacion con respecto a mis enfermedades y tratamientos a los protadores del seguro para facilitar el pago para servicios; a otros proveedores medicos del cuidado para coordinar mi cuidado; y, en el caso de accidente el tratamiento relacionado a portadores de seguro, a sus ajustafores, a directores de caso de enfermero, y a los abogados.

---

Firma

Fecha

Nombre de Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

**Seguro De Compensacion De Obreros:**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Direccion de Reclamos: \_\_\_\_\_

Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_

Nombre de Ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_

Nombre de director de Caso: \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_

**Seguro de Vehichle:**

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Direccion de Reclamos: \_\_\_\_\_

Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_

Nombre de Ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_

Nombre de director de Caso: \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_