



SIERRA
Orthopedic Laboratory, Inc.

REGISTRACION

Fecha:				Doctor Primario:			
INFORMACION DEL PACIENTE							
Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Marque El Cuadro Correspondiente:	
						<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Fecha De Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Numero De Seguro Social:			Correo Electronico:	
/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Numero De Casa:		Cellular:		Podemos Dejar Mensaje Con		<input type="checkbox"/> Si	
()		()		Detalle:		<input type="checkbox"/> No	
Direccion:			Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:
Persona Al Cual Contactar En Caso De Emergencia:			Numero De Telefono:			<i>Para Uso De La Oficina</i>	
			()			Orthotics <input type="checkbox"/> Prosthetics <input type="checkbox"/>	
INFORMACION DE LA ASEGURANSA							
(Por Favor Dar Las Tarjetas De la Aseguransa A La Recepcionista)							
Persona Responsable del pago:		Fecha De Nacimiento:	Direccion (Si Diferente):			Numero De Casa:	
		/ /				()	
Ocupacion:	Empleador:	Direccion:			Numero De Telefono:		
					()		
Aseguranza Primaria:							
Nombre De Subscriptor:		N.S.S. Del Subscriptor:	Fecha De Nacimiento:	Numero De Polisa:	Numero De Grupo:	Co-Pago:	
			/ /			\$	
Relacion Al Subscriptor:		<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro:		
Aseguranza Sugunda (si aplica):		Nombre De Subscriptor:			Numero De Polisa:	Numero De Grupo:	
Relacion Al Subscriptor:		<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro:		
SE LASTIMO EN EL TRABAJO:							
<input type="checkbox"/> Si (Favor De Llenar Lo Siguiente)				<input type="checkbox"/> No (Favor De Seguir A Contacto De Emergencia)			
Empleador Cuando Se Lastimo:				Direccion Del Empleador:			
Dr. Cual Lo/a Este Tratando:				Numero De Reclamo:			
Fecha Que Se Lastimo:				Parte Del Cuerpo Que se Lastimo:			
Nombre Del Ajustador:				Numero Del Ajustador:			
FIRMA							
Todo es correcto a lo mejor de mi conocimiento.							
Firma de Paciente/Guardian: _____				Fecha: _____			



SIERRA
Orthopedic Laboratory, Inc.

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

(Autorizacion Para La Entrega/Obtencion De Informacion Medica)

Patient Name: _____ Account # _____
(Nombre)

Date of Birth: ____/____/____ SS#: _____
(Fecha De Nacimiento)

I Request and Authorize: _____
(Solicito y autorizo) *(List Any Doctors The Patient Saw For Current Medical Condition)*
(Dr. Al Cual A Visto El Paciente)

To Release Healthcare Information of The Patient Named Above To:
(Para divulgar información médica del paciente mencionado anteriormente para):

SIERRA ORTHOPEDIC LABORATORY, INC.

This Authorization Applies To:
(Esta Autorizacion Aplica A Lo Siguiente)

Healthcare Info Relating To The Following Treatment, Condition, Or Dates:
(Informacion Medica Relacinada A Los Siguientes Tratamientos, Condiciones, o días)

All Healthcare Information
(Toda Informacion Medica)

Patient Signature: _____ Fecha: _____
(Firma Del Paciente)

Parent or Gaurdian Signature: _____ Fecha: _____
(Firma del Padre O guardian)

Esta Autorizacion Toma Efecto Hoy Y se Expira En Siete (7) Años. Puede Set Terminada Por Escrito Por El Paciente O Guardian. Copias Seran Validas Como La Original.

4847 Old Redwood Hwy, Santa Rosa, CA, 95403
(707) 528-9808 ♦ (800) 315- 9808 ♦ Fax: (707) 528-9818

www.sierraortho.com



SIERRA
Orthopedic Laboratory, Inc.

PAGINA DE FIRMAS

DESIGNACION DE ASEGURANZA

Yo autorizo que los beneficios de me aseguranza sean pagados directamente a Sierra Orthopedic Lab (también referido como SOL). Yo entiendo que soy responsable de los cobros que no cubra la aseguranza como; co-pagos, co-aseguranza, y deductibles. También autorizo a SOL y a la aseguranza que compartan informacion medica necesaria para obtener los documentos necesarios.

Iniciales _____ Eh leuido, entendido, y estoy de acuerdo con las condiciones de **SOL, DESIGNACION DE ASEGURANZA**

POLIZA DE GARANTIA

- *Los aparatos ortopedicos puestos o proporcionados por SOL tienen garantía de 90 días a partir de la fecha de entrega contra cualquier quebradura que se deba a defectos en el material o la mano de obra.
- *Ajustes al aparato para proveer mejor comodidad están cubiertos por la garantía de 90 días.
- *Reparaciones, ajustes, o reemplazo del aparato ortopedico los cuales han sido resultado del incremento o perdida de peso o cambio en el tamaño de la extremidad, o debido al uso inapropiado del aparato no están cubiertos bajo la garantía.
- *Habrá cobros adicionales si ajustes o reemplazo del aparato es necesario debido a un cambio en la receta o cambio en los requerimientos del aparato ortopedico.
- *La garantía se vence si el aparato ortopedico ha sido modificado a ajustado por alguien que no sea SOL.

Iniciales _____ Eh leuido, entendido, y estoy de acuerdo con las condiciones de **SOL, POLIZA DE GARANTIA**

DERECHOS DEL PACIENTE

- *Ser visto en nuestra oficina dentro de un periodo de tiempo razonable una vez que Ud. Haya sido referido a nuestra oficina.
- *Ser visto dentro del tiempo indicado una vez que Ud. Haya llegado a nuestra oficina para su cita.
- *Ser visto por un Ortopeda calificado.
- *Tener garantía de protección en el aparato ortopédico que Ud. reciba de parte de SOL.
- *Ser visto en una oficina segura, limpia y accesible.
- *Ver su expediente.
- *Su confidencialidad sea mantenida sobre su expediente. La forma "Entrega/Obtencion De Informacion Medica" es requerida por SOL para poder compartir información sobre su expediente con las personas indicadas.
- *Entrega a tiempo y eficiente de su aparato ortopedico.
- *Consultas de seguimiento y costos adicionales.
- *Ser tratado con respeto por todo el personal en la oficina.
- *Privacidad cuando se le esta poniendo su aparato ortopedico.

Iniciales _____ Eh leuido, entendido, y estoy de acuerdo con las condiciones de **SOL, DERECHOS DEL PACIENTE**

POLIZA DE PRIVACIDAD & NORMAS MEDICAS

***VER PAQUETE ***

Iniciales _____ Eh leuido, entendido, y estoy de acuerdo con las condiciones de **SOL, POLIZA DE PRIVACIDAD & NORMAS MEDICAS**

4847 Old Redwood Hwy, Santa Rosa, CA, 95403
(707) 528-9808 ♦ (800) 315- 9808 ♦ Fax: (707) 528-9818
www.sierraortho.com