

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor
Santa Barbara CA 93105
Telephone (805) 963-2729
Fax (805) 963-3818

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apodo/Nombre Preferido: _____ Pronombres: _____ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ SS#: _____ Estado civil: _____

Dirección permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Preferencia: Casa/ Móvil

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Médico/a de Atención Primaria: _____

Médico/a Referente (si corresponde): _____

Para recordatorios de citas: correo electrónico / mensaje de texto

Tenga en cuenta que nuestros médicos utilizan diferentes sistemas. No se envían recordatorios para Dr. Richard Ryu.

Información del Seguro

El suscriptor principal es la persona que es el titular principal de la cuenta de su póliza de seguro. Puede ser usted (el paciente), su cónyuge, sus padres u otra persona.

Nombre del Suscriptor Principal: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor Principal: _____

Relación del Paciente con el Suscriptor Principal: _____

Reconocimiento del Aviso de Privacidad

La Clínica Ortopédica Ryu Hurvitz cumple estrictamente con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). No divulgaremos su información de salud a ninguna fuente no autorizada.

Reconozco el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica Ortopédica Ryu Hurvitz. Soy consciente de que se proporcionará una copia impresa de este Aviso a mi solicitud.

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor
Santa Barbara CA 93105
Telephone (805) 963-2729
Fax (805) 963-3818

Iniciales: _____

Autorización de Divulgación

Por la presente autorizo la discusión de mi condición médica general, diagnóstico, tratamiento, citas, pago y opciones de atención médica con (marque todo lo que corresponda):

Cónyuge (nombre y número de teléfono): _____

Padre (nombre y número de teléfono): _____

Niños (nombre y número de teléfono): _____

Otro (relación, nombre y número de teléfono): _____

Iniciales: _____

Lesión

Parte del Cuerpo Lesionada: _____ Derecho/a Izquierdo/a

Fecha de la lesión: _____ Breve descripción de la lesión: _____

¿La lesión estuvo relacionada con el trabajo? Si No

¿Va a presentar un reclamo de compensación para trabajadores? Si No

Tenga en cuenta que las reclamaciones de compensación de trabajadores requieren una autorización por separado. Si está considerando presentar un reclamo de compensación laboral por su lesión, informe a nuestra oficina de inmediato.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Si este formulario ha sido llenado en nombre del paciente:

Nombre de la Persona que Completa el Formulario

Relación con el/la Paciente

Fecha