

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

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

Compensación del Trabajador 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: _____

Título Profesional: _____

Descripción Breve del Trabajo: _____

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.

Lesión

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

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

Empleador/a: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ajustador/a: _____ Número de Teléfono: _____

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

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

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.

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: _____

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