



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: Fecha Nac: Mes| Dia| Año

Tel Residencia: Tel Trabajo: Celular:

Estado Civil: Ocupación/Lugar de Trabajo:

Correo Electronico (**Requerido**):

Farmacia Preferida: Nombre Calle y Pueblo

Contacto de Emergencia

(Solo especifique un contacto solamente)

Nombre: Apellidos:

Teléfono: Realación:

Información Seguro Médico

(Completado por Paciente)

Plan Médico: Num Contrato:

Num Grupo: Asegurado Principal:

Relación con Paciente: Nac Aseg Principal:

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 información 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.

Alergias(Requerido):

Medicamentos (Requerido):

Altura (Requerido):

Peso(Requerido):

Otras condiciones medicas:

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