

BAKERSFIELD PROSTHETICS & ORTHOTICS CENTER



ACCOUNT ID: (OFFICE USE ONLY)

PATIENT REGISTRATION

PLEASE COMPLETE ENTIRE FORM

DATE: / /	AGE:	PRIMARY CARE PHYSICIAN:	REFERRING PHYSICIAN:
-----------	------	-------------------------	----------------------

PATIENT INFORMATION

LAST NAME:	FIRST NAME:	MIDDLE:	DATE OF BIRTH: / /
------------	-------------	---------	--------------------

GENDER:	SOCIAL SECURITY NUMBER:	EMAIL ADDRESS:
---------	-------------------------	----------------

DISCLAIMER: I understand the inherent risks associated with email communications, especially concerning my/my child's medical information and knowingly consent to receiving correspondence from Bakersfield Prosthetics & Orthotics via email. YES NO

HOME ADDRESS:	CITY:	STATE:	ZIP CODE:
---------------	-------	--------	-----------

HOME PHONE:	WORK PHONE:	CELL PHONE:
-------------	-------------	-------------

EMPLOYMENT STATUS:	DRIVERS LICENSE:	MARITAL STATUS:	PRIMARY LANGUAGE:
--------------------	------------------	-----------------	-------------------

PLEASE ANSWER: Is this address a nursing home/assisted living/skilled facility? YES NO

EMERGENCY CONTACT:	RELATIONSHIP TO PATIENT:	PHONE NUMBER:
--------------------	--------------------------	---------------

FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY

RELATIONSHIP TO PATIENT:	LAST NAME:	FIRST NAME:	DATE OF BIRTH: / /
--------------------------	------------	-------------	--------------------

SOCIAL SECURITY NUMBER:	HOME PHONE:	WORK PHONE:	CELL PHONE:
-------------------------	-------------	-------------	-------------

PERMANENT MAILING ADDRESS:	CITY:	STATE:	ZIP CODE:
----------------------------	-------	--------	-----------

INSURANCE INFORMATION

PRIMARY INSURANCE NAME:	SUBSCRIBER NAME:	SUBSCRIBER BIRTHDATE: / /
-------------------------	------------------	---------------------------

SUBSCRIBER ID NUMBER:	POLICY/GROUP NUMBER:
-----------------------	----------------------

SECONDARY INSURANCE NAME:	SUBSCRIBER NAME:	SUBSCRIBER BIRTHDATE: / /
---------------------------	------------------	---------------------------

SUBSCRIBER ID NUMBER:	POLICY/GROUP NUMBER:
-----------------------	----------------------

IMPORTANT QUESTIONS

! Please answer all of the following questions carefully as they are important in providing you the best care possible.

- ▶ Have you received a same/similar device as the one you are here for today within the last 3-5 years? YES NO
 - ▶ If YES, when did you receive this device? _____
 - ▶ From whom did you receive this device? _____
- ▶ Are you currently in physical therapy? YES NO
- ▶ Are you currently in home health? YES NO
- ▶ Is this a worker's compensation claim? YES NO ▶ If YES, please provide claim number: _____
- ▶ Please check if you are allergic to: NEOPRENE LATEX

ASSIGNMENT OF BENEFITS

- I authorize insurance claims processing and payment be made directly to Bakersfield Prosthetics and Orthotics Center for any services furnished by the Practitioner to me or to the patient for whom I am the responsible party.
- I authorize Bakersfield Prosthetics and Orthotics Center to request chart notes from all entities involved in my treatment plan for the purpose of billing my insurance company, receiving prior authorization, or to establish plan of care.
- I authorize Bakersfield Prosthetics and Orthotics Center to release to my insurance company, referring physician and other consultants on my case, information concerning health care, advice, treatment, or supplies provided to me. I understand that this information will be used for the purpose of evaluating and administering claims of benefits.
- I understand and agree that I am responsible for any non-covered claims for any reason.
- By my signature below I certify that the information provided on and in connection with this form is true, accurate, and complete. I also understand that any false statements or deliberate omissions on this document or any other document provided to Bakersfield Prosthetics and Orthotics Center may result in denial of treatment, fines, and/or criminal punishment according to applicable State and Federal laws.

DATE: / / SIGNATURE: _____

BAKERSFIELD PROSTHETICS & ORTHOTICS CENTER



ACCOUNT ID: (Uso solamente de oficina)

REGISTRO DEL PACIENTE FAVOR DE LLENAR FORMULARIO COMPLETO

FECHA: / /	DOCTOR PRIMARIO:	MÉDICO DE REFERENCIA:
------------	------------------	-----------------------

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO: / /
GÉNERO:	NO. DE SEGURO SOCIAL:	CORREO ELECTRÓNICO:	

RENUNCIA: Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones por correo electrónico, especialmente en relación con la información médica de mi / mi hijo y estoy de acuerdo con recibir correspondencia de Bakersfield Prótesis y Ortesis por correo electrónico. SI NO

DOMICILIO:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
------------	---------	---------	----------------

NÚMERO DE TELÉFONO:	TELÉFONO DE TRABAJO:	NUMERO DE CELULAR:
---------------------	----------------------	--------------------

ESTADO DE EMPLEO:	LICENCIA DE CONDUCIR:	ESTADO CIVIL:	IDIOMA PRINCIPAL:
-------------------	-----------------------	---------------	-------------------

POR FAVOR RESPONDA PREGUNTA: ¿Es esta dirección un hogar de ancianos / vida asistida / instalaciones de expertos? SI NO

CONTACTO DE EMERGENCIA:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	NÚMERO DE TELÉFONO:
-------------------------	---------------------------	---------------------

PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

RELACIÓN CON EL PACIENTE:	APELLIDO:	NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO: / /
---------------------------	-----------	---------	--------------------------

NO. DE SEGURO SOCIAL:	NO. DE TELÉFONO:	TELÉFONO DE TRABAJO:	NUMERO DE CELULAR:
-----------------------	------------------	----------------------	--------------------

DIRECCIÓN POSTAL PERMANENTE:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
------------------------------	---------	---------	----------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO

NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL:	NOMBRE DE ABONADO:	FECHA DE NACIMIENTO DE ABONADO: / /
------------------------------	--------------------	-------------------------------------

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ABONADO:	POLÍTICA/NÚMERO DE GRUPO:
--------------------------------------	---------------------------

NOMBRE SEGUROS SECUNDARIA:	NOMBRE DE ABONADO:	FECHA DE NACIMIENTO DE ABONADO: / /
----------------------------	--------------------	-------------------------------------

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ABONADO:	POLÍTICA/NÚMERO DE GRUPO:
--------------------------------------	---------------------------

PREGUNTAS IMPORTANTES

! Por favor, conteste todas las siguientes preguntas con cuidado, ya que son importantes para proporcionar la mejor atención posible.

- ▶ ¿Ha recibido un mismo o similar dispositivo como el que usted está aquí por hoy en los últimos 3-5 años? SI NO
 - ▶ En caso afirmativo, ¿cuándo recibe este dispositivo? _____
 - ▶ ¿De quién recibió usted este dispositivo? _____
- ▶ ¿Está usted actualmente en la terapia física? SI NO
- ▶ ¿Está usted actualmente en salud en el hogar? SI NO
- ▶ ¿Es este un reclamo de compensación del trabajador? SI NO ▶ En caso afirmativo, indique el número de reclamo: _____
- ▶ Por favor indique si usted es alérgico a: NEOPRENO LÁTEX

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- Autorizo el procesamiento de reclamaciones de seguros y pagos se harán directamente a Bakersfield Prosthetics and Orthotics Center para cualquiera de los servicios proporcionados por el Médico a mí ni a la paciente a la que yo soy el responsable.
- Autorizo Bakersfield Prosthetics and Orthotics Center para solicitar tabla de notas de todas las entidades involucradas en mi plan de tratamiento con el fin de facturar mi compañía de seguros, de recibir la autorización previa, o para establecer el plan de atención.
- Autorizo Bakersfield Prosthetics and Orthotics Center para liberar a mi compañía de seguros, refiriéndose médico y otros consultores en mi caso, la información relativo a la asistencia sanitaria, el asesoramiento, tratamiento o suministros proporcionados para mí. Entiendo que esta información será utilizada con el propósito de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier reclamación no cubiertos por cualquiera razón.
- Con mi firma certifico que la información proporcionada en y en relación con este formulario es verdadera, exacta y completa. También entiendo que cualquier declaraciones falsas u omisiones deliberadas sobre este documento o cualquier otro documento proporcionado a Bakersfield Prosthetics and Orthotics Center pueden dar lugar a la denegación de tratamiento, multas y / o sanciones penales de acuerdo a las leyes estatales y federales aplicables.

FECHA: / / FIRMA: _____