



M.O.S.T.

Metro Orthopedics & Sports Therapy

James E. Gilbert, M.D.
Phillip H. Omohundro, M.D.
Joseph A. ShROUT, M.D.
Eran Kessous, M.D.
Teresa Koebel, P.A.-C.
Barry Thompson, P.A.-C.

POR FAVOR COMPLETAR TODAS LAS PAGINAS Y TENER SU TARJETA DE SEGURO Y LICENCIA LISTA AL PRESENTAR ESTA FORMA. USAR LETRA DE MOLDE POR FAVOR, GRACIAS.

INFORMACION PERSONAL

Fecha: ___/___/___ Acct# _____ SSN#: _____ - _____ - _____ Num. de Lic: _____

Nombre del Paciente _____ Sr. Sra. Srta. Dr.
Primer Segundo Apellido (circule)

Direccion: _____
Numero Nombre de calle Apt.

Ciudad EstadoCodigo Postal Telefono De casa Celular

Fecha Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: M F Ocupacion: _____
Status: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Su Email _____
Empleador: _____ Num Telefono: (____) _____ - _____

Numero/Calle Ciudad Estado Codigo Postal

INFORMACION DE SEGURO

Persona Responsable: _____ Sr. Sra. Srta Fecha Nacimiento: ___/___/___

Direccion: (diferente de paciente) _____
Numero Nombre de Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Relacion al paciente: Padres Guardian Esposo (a)

Telefono: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____

Celular (____) _____ - _____ Num Social: _____ - _____

Metodo de Pago: Cash Cheque Tarj de Credito

Seguro Primario _____ Direccion _____

Numero de Polisa _____ Telefono: (____) _____ - _____
Grupo _____

Nombre del Subscribidor _____ Fecha Nacimiento: ___/___/___

Relacion al paciente _____ Num Social: _____ - _____

Seguro Secundario _____ Direccion _____

Numero de Polisa _____ Telefono: (____) _____ - _____
Grupo _____

Nombre del Subscribidor _____ Fecha Nacimiento: ___/___/___

Relacion al paciente _____

Porfavor marque si es lo siguiente: accidente de trabajo accidente de auto otro

Nombre y Direccion de abogado: _____ Telefono: (____) _____ - _____



M.O.S.T.

Metro Orthopedics & Sports Therapy

James E. Gilbert, M.D.
Phillip H. Omohundro, M.D.
Joseph A. ShROUT, M.D.
Eran Kessous, M.D.
Teresa Koebel, P.A.-C.
Barry Thompson, P.A.-C.

Numero de demanda: _____
A aplicado a su seguro de protection personal (PIP) encaso de accidente de auto: Si NO (circule)

Cual es la razon de su visit ahoy? _____
Historial del problema: _____

Lugar de los sintomas? _____ [] Derecha [] Izquierda
Fecha que comensaron los sintomas? _____
Como ocurrio? _____
Nivel de dolor (1-10, 10 siendo el peor)? _____
Que causa que le aumente o que se le desminulle el dolor? _____

Su estatura: _____ Pies _____ Pulgadas Su Peso _____ libras
Nombre de su doctor primario: _____ Tel# (____) _____ - _____
Direccion: _____
Numero Nombre de calle Apt Ciudad Estado Codigo Postal

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Tel#1 (____) _____ - _____
Tel#2 (____) _____ - _____ Relacion al Paciente: _____
Direccion: _____
Numero Nombre de calle Apt Ciudad Estado Codigo Postal

Preferencia de Farmacia: _____
Fax (____) _____ - _____ Tel# (____) _____ - _____

Parte Responsable: _____
Direccion: (diferente de paciente) _____
Numero Nombre de Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Relacion al paciente: [] Padres [] Guardian [] Esposo (a)
Telefono: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

Sección Opcional:
Origen Etnico: _____
Raza: _____
Idioma de su preferencia: _____

Como se entero de nosotros: _____
En que deporte participa y cuantas veces a la semana _____

NOTA: SI USTED ES RECETADO(A) UN PROGRAMA DE TERAPIA FISICA, EL PROGRAMA PUEDE INCLUIR UN REGIMEN DE EJERCICIOS FUERTES. SI USTED TIENE RESERVAS SOBRE ESTO POR FAVOR DICANOS Y CONTACTE SU DOCTOR PRIMARIO ANTES DE COMENZAR EL PROGRAMA.

FIRMA DEL DOCTOR: _____



M.O.S.T.

Metro Orthopedics & Sports Therapy

James E. Gilbert, M.D.
Phillip H. Omohundro, M.D.
Joseph A. Shroul, M.D.
Eran Kessous, M.D.
Teresa Koebel, P.A.-C.
Barry Thompson, P.A.-C.

RESPONSABILIDAD DE PAGO

Yo entiendo que tengo principalmente y personalmente una obligacion a pagar por todos los servicios medicos que han sido brindado y yo estoy de acuerdo a pagar a tiempo mis cuentas. Yo entiendo que aunque Metro Orthopedics & Sports Therapy puede someter mis cuentas a la compañía de seguro para pagos como servicio hacia mi persona, estos servicios no releva mis responsabilidades de asegurar que el seguro haga sus pagos de acuerdo de los terminos de mi poliza. Yo estoy consiente que pueda ser que los pago de seguro o el re-embolso no cubra el balance total por todos los servicios que recibí. Yo estoy de acuerdo a pagar cualquiera y toda clase de gastos y honorarios legales para incurrir a coleccionar pagos de cualquier balance en mi cuenta, si fuese tal demanda necesaria. Ademas yo estoy de acuerdo a pagar interes (1 1/2 % al mes) a mi cuenta pendiente si ese balance se extiende mas de treinta (30) dias del recibimiento de mi factura. Yo estoy de acuerdo a pagar honorarios adicionales y/o costos incurridos para coleccionar pagos a mi cuenta. Yo renuncio de mis derechos bajo la estatua de limitacion de Maryland si la conciliacion de mi cuenta se extiende sobre tres (3) años de la fecha de mi servicio.

Firma de Paciente/Paciente Representante: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION DE SEGURO

AUTORIZACION DE ASIGNAMIENTO:

Yo autorizo Metro Orthopedics & Sports Therapy para aplicar por beneficios de mi compañía de seguro en nombre mio por servicios cubierto por Metro Orthopedics & Sports Therapy. Finalmente, yo autorizo libertad de cualquiera informacion o informacion medica necesaria para procesar los reclamos sometido a mi compañía de seguro.

Firma de Paciente/Paciente Representante: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION DE PAGO:

Yo autorizo que los pagos sean hechos directamente a Metro Orthopedics & Sports Therapy.

Firma de Paciente/Paciente Representante: _____ Fecha: _____

SOLAMENTE SEGURO DE MEDICARE

Yo autorizo cualquier poseedor(a) de informacion medica sobre mi persona que libere a la Administracion Financiero de Cuidado Medico y sus Agentes. Yo tambien autorizo Metro Orthopedics & Sports Therapy y Drs. Gilbert & Omohundro P.A. que investge la posicion de mi cuenta que no ha sido pagadas con Medicare.

Firma de Paciente/Paciente Representante: _____ Fecha: _____



M.O.S.T.

Metro Orthopedics & Sports Therapy

James E. Gilbert, M.D.
Phillip H. Omohundro, M.D.
Joseph A. ShROUT, M.D.
Eran Kessous, M.D.
Teresa Koebel, P.A.-C.
Barry Thompson, P.A.-C.

RESPONSABILIDAD DE PAGO

Porfavor tenga en cuenta que hemos encontrado que algunos seguros nenen limitaciones o no tienen beneficios para equipos(materiales) medico duradero (ligas,suspensores, plantillas de zapatos, etc) Por lo tanto nosotros tenemos que cobrar el costo del equipo (materiales) al mismo tiempo del servicio. Las ligas hechas de encargo son cubiertas parcialmente por ciertas compañías de seguro. Al tiempo de sus medidas de los suspensores, nosotros contactaremos a su seguro para verificar cubrimiento y darle un estimado de su responsabilidad.

Gracias por su cooperacion X _____ (Favor poner sus iniciales)

Póliza de NO REGRESAR: Si yo recibo cualquier material/equipo medico duradero (ligas, suspensores, plantillas de zapatos, etc.) yo entiendo que MOST reemplazara cualquier product debido a defectos del fabricante dentro de los treinta (30) dias del recibo del producto. Yo tambien entiendo que encunto yo acepte el producto, como producto medico, no puede ser devuelto a MOST para credito, intercambio o reembolso.

Firma de Paciente/Paciente Representante: _____ Fecha: _____



M.O.S.T.

Metro Orthopedics & Sports Therapy

James E. Gilbert, M.D.
Phillip H. Omohundro, M.D.
Joseph A. Shrout, M.D.
Eran Kessous, M.D.
Teresa Koebel, P.A.-C.
Barry Thompson, P.A.-C.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACION DE
PRACTICAS PRIVADAS**
(ARCHIVAR EN EXPEDIENTE)

Yo he sido presentado(a) una copia de Notificacion de Privacidad de la Practica, detallando como mi informacion de salud sera usada y revelada bajo las leyes Federales y Estado, y resumiendo mis derechos con respecto a mi informacion de salud.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Imprimir Nombre: _____

Relacion (si no es firmada por paciente) _____

Yo deseo imponer las siguientes limitaciones en divulgacion a mi seguro de salud:

{Uso Interno}

Paciente/Paciente Representante se niega a firmar el reconocimiento, poner fecha, tiempo que notificacion fue presentada al paciente y firmar abajo

Presentado: Fecha ____/____/____ Tiempo: ____ am/pm

Representante de la Oficina: _____ Titulo: _____