

PROSTHETIC ORTHOTIC GROUP, INC.
Informacion Del Paciente

Seccion 1 - Informacion del Paciente

Nombre:(Apellido primero) _____

Fecha de nacimiento (dob): _____ # de Seguro Social (SS#): _____

#Telefono -Casa: _____ # Tel. Trabajo: _____

Direccio _____

Sexo: M / F Es: Soltero / Casado / Otro Estatura: _____ Peso: _____

Contacto de Emergencia: Nombre/relacion _____ #Tel: _____

Seccion 2 - Informacion de Padres / Persona Responsable

Nombre: (apellido primero): _____ #SS: _____

Relacion at Paciente: Esposo(a) / Padre / Guardian Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Compania de Trabajo: _____ #Tel _____

Direccion de Trab _____

Seccion 3 - Informacion Medica

Diagnosis _____

Doctor Primario: _____ # Tel.: _____

Doctor que lo refirio: _____ # Tel.: _____

Es Ud. Diabetico?: SI / NO Quien es su doctor para su diabetis: _____ #Tel: _____

Fue amputado, Fecha de amputacion: _____ Nivel: _____ Lado: Derecha / Izquierda / Las dos

Seccion 4 - Informacion de Aseguranza

Aseguranza Primaria: _____ #Tel: _____

Nombre del Asegurado: _____ # de Seguro Social: _____

de Identificacion (ID#): _____ # de Grupo: _____

Aseguranza Secundaria: _____ #Tel: _____

Nombre del Asegurado: _____ # de Seguro Social: _____

de Identificacion (ID#): _____ # de Grupo: _____

Accidente de Trabajo?: SI / NO Numero de Reclamo: _____ Fecha de Accidente: _____

Accidente de Auto: SI / NO Numero de Reclamo: _____ Fecha de Accidente: _____

Nombre de Ajustador: _____ #Tel: _____

Nombre de Aseguranza: _____ #Tel: _____

Nombre del Trabajo donde se accidento: _____

Yo, el firmador, estoy de acuerdo que la infomaccion que eh dado esta correcta.

Firma: _____

Fecha: _____