

**COLUMBUS ORTHOPEDIC & SPORTS MEDICINE CLINIC**

Richard R. Cimpl, M.D. Edward V. Fehringer, M.D. Michael H. McGuire, M.D. Dustin L. Volkmer, M.D.  
 Brandon L. Borer, D.P.M. Ian D. Crabb, M.D. Kelli K. Thomazin, PA-C Kendra A. Thiem, PA-C

Account # \_\_\_\_\_ 4508 38<sup>th</sup> St., Suite 133 · Columbus, NE 68601

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_ M \_\_\_ F  
 \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE DE PILA  
 Domicilio del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_ S \_\_\_ C \_\_\_ D \_\_\_ Viudo/a  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Jubilado \_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Oficio \_\_\_\_\_  
 Para contactarlo, prefiere \_\_\_ Tel de casa \_\_\_ Tel celular \_\_\_ Tel del trabajo \_\_\_ Correo electrónico \_\_\_ Correo de los EE.UU.  
 Medico que lo refiere \_\_\_\_\_ Médico de familia \_\_\_\_\_

Nombre de esposo/a/guardian \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Domicilio (si difiere al del paciente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Jubilado \_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Oficio \_\_\_\_\_  
 Para contactarlo, prefiere \_\_\_ Tel de casa \_\_\_ Tel celular \_\_\_ Tel del trabajo \_\_\_ Correo electrónico \_\_\_ Correo de los EE.UU.  
 Medico que lo refiere \_\_\_\_\_ Médico de familia \_\_\_\_\_

Individuo económicamente responsable (si no es el paciente) \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA (PARIENTE, AMIGO/A, VECINO/A)**  
 Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Numero telefónico \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

¿TIENE USTED SEGURO MEDICO? \_\_\_ SI \_\_\_ NO Si tiene seguro medico, tomaremos copias de su(s) tarjeta(s)  
 Nombre y dirección del seguro **PRINCIPAL** \_\_\_\_\_  
 Nombre de ASEGURADO \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted un copago para visitas al consultorio? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección del seguro **SECUNDARIO** \_\_\_\_\_  
 Nombre de ASEGURADO \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted un copago para visitas al consultorio? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Prestamos servicios únicamente a BASE DE EFECTIVO a menos que se hayan hecho arreglos de antemano.  
 Yo/nosotros autorizo el pago directo de beneficios médicos a COLUMBUS ORTHOPEDIC & SPORTS MEDICINE CLINIC. También acepto que esta autorización será de índole continua y que una copia de este documento es tan válida como el original. También acepto que en el caso de que los beneficios de mi seguro no cubran la cantidad de los costos en su totalidad, yo/nosotros seré responsable por la cantidad restante.  
 Yo/nosotros acepto que los pagos no serán retrasados o retenidos debido a cualquier cobertura de seguro o un reclamo pendiente, y cuando sea relevante, todos los ingresos del seguro son otorgados a esta clínica, pero sin aceptar la responsabilidad por su recaudación. Yo/nosotros acepto que la información arriba indicada se utilizara con el propósito de obtener crédito, y que tal información es verídica; Yo/nosotros autorizo a esta Clínica o a su apoderado a llevar a cabo una investigación de crédito, incluyendo verificación de empleo. Yo/nosotros acepto que los cobros indicados en el estado de cuenta son acertados y razonables a menos que se presente objeción dentro de 30 días tras la fecha original de facturación. Yo/nosotros acepto que en el caso de recurrir a acción legal para obtener el saldo pendiente de pago debido a servicios otorgados a mí o a mi familia, yo/nosotros pagare los honorarios razonables de abogado u otros costos que el tribunal juzgue como apropiados. Yo/Nosotros estoy consciente de tener una condición(es) que requiere revisión médica, diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, y por este medio otorgo consentimiento a tal tratamiento incluyendo fotografías, grabación de video, documentación y almacenamiento de registros médicos, en cualquier forma. Además, yo/nosotros acepto que no existen garantías en cuanto a los resultados de tal tratamiento. Yo/ nosotros doy consentimiento y autorizo la divulgación de información médica a mi compañía aseguradora y/o medico y/o a otro proveedor de salud respecto a mi/nuestro examen, diagnóstico, y tratamiento. Usted tiene derecho a una copia de este acuerdo si así lo desea.  
 (UNICAMENTE MEDICARE: SOLICITO QUE EL PAGO DE BENEFICIOS AUTORIZADOS DE MEDICARE SE HAGA YA SEA A MI O DE PARTE MIA POR CUALQUIER SERVICIO OTORGADO EN MANOS DE COLUMBUS ORTHOPEDIC & SPORTS MEDICINE CLINIC, INCLUYENDO SERVICIOS MEDICOS. AUTORIZO A CUALQUIER POSEEDOR DE INFORMACION MEDICA U OTRA INFORMACION RESPECTO A MÍ A DIVULGARLA A LA ADMINISTRACION FINANCIERA DE SALUD Y SUS REPRESENTANTES, INFORMACION NECESARIA PARA DETERMINAR ESTOS BENEFICIOS O BENEFICIOS POR SERVICIOS RELECCIONADOS. LE INFORMAMOS QUE PODRIA SER QUE ALGUNOS SERVICIOS NO SEAN PAGADOS POR MEDICARE SI ELLOS LOS ESTIMAN NO INCLUYENTES. USTED SERA RESPONSABLE DE PAGAR SERVICIOS NO INCLUYENTES. PORFAVOR CONSULTE SU GUIA DE MEDICARE PARA MAS DETALLES RESPECTO A SERVICIOS NO INCLUYENTES.)

**Parte responsable** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_