

ORTHOPAEDIC SURGICAL ONCOLOGY OF ARIZONA
SPECIALTY ORTHOPAEDIC SURGERY
Bruce A. Mallin MD / Matthew J. Seidel MD / Sean J. Brimacombe MD
4614 E. SHEA BLVD / SUITE D-160 / Phoenix, Arizona 85028
• Phone 602-258-8500 • Fax 602-258-8510

PATIENT DEMOGRAPHIC FORM

REGISTRO DEL PACIENTE

(THIS FORM IS TO BE UPDATED YEARLY OR WITH ANY INFORMATION CHANGES)

Patient Name: _____
nombre completamente (First) (Middle) (Last)

Patient AKA Name: _____
(Also Known As)

SEX: M ____ F ____ Date of Birth: _____ Marital Status: S ____ M ____ D ____ W ____
fecha de nacimiento estado masculino civil ¿Solo? ¿Casado? ¿Divorciado? ¿Viuda?

Reason for Visit: _____
Razon de Visita

Language: _____ Dominant Hand: _____

Patient's Social Security Number: _____
no. de seguro social

Street Address: _____ Apt. No.: _____
domicilio Numero de Apartamento

City: _____ State _____ Zip Code: _____
Ciudad estadoCodigo Postal

Second Address: _____ Apt. No.: _____
domicilio particular secundaria Numero de Apartamento

City: _____ State _____ Zip Code: _____
Ciudad estadoCodigo Postal

Home #: (____) _____ Cell #: (____) _____ Work #: (____) _____
número de teléfono número de teléfono celular Numero de telefono en trabajo

Email Address: _____
Dirección paciente de EMAIL

Drivers License: _____ State _____
Licencia de Conducir Estado

Responsible Party Name: _____ Relationship to Patient: _____
nombre de guardian la relación al paciente

Primary Insurance Company's Name: _____
compañía de seguros primaria

Insurance Address: _____
la dirección que factura de compañía de seguros

City: _____ State _____ Zip Code: _____
Ciudad estadocodigo postal

Phone Number (____) _____
número de teléfono

Name of Policy Holder: _____ Date of Birth: _____
nombre de suscriptor (Insured Subscriber) fecha de nacimiento (Insured Subscriber)

Effective Date: _____ Specialist Co-pay #: _____
fecha de vigencia co-paga de especialista

Orthopaedic Surgical Oncology of Arizona / Specialty Orthopaedic Surgery

4614 E. SHEA BLVD / SUITE D-160 / Phoenix, Arizona 85028
• Phone 602-258-8500 • Fax 602-258-8510

Patient Demographic Form pg-2

Patient: _____ **Patient DOB:** _____
nombre completamente fecha de nacimiento

Patient Relationship to Insured: _____ **Insurance ID #:** _____ **Group #:** _____
Relacion con el asegurado número de identificación de seguridad numero de grupo

Secondary Insurance Company's Name: _____
compañía de seguros secundaria

Insurance Address: _____
dirección de compañía de seguros

City: _____ **State** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad estado codigo postal

Phone Number () _____
número de teléfono

Name of Policy Holder: _____ **Date of Birth:** _____
nombre de suscriptor (Insured Subscriber) fecha de nacimiento (Insured Subscriber)

Patient Relationship to Insured: _____ **Insurance ID #:** _____ **Group #:** _____
Relacion con el asegurado número de identificación numero de grupo

Guarantor's Social Security Number: _____ - _____ - _____
número del seguro social de guador

Guarantor's Address: _____ **Apt. No.:** _____
Dirección numero de apartamento

City: _____ **State** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad estado codigo postal
Home #: () _____ **Cell #:** () _____ **Work #:** () _____
número de teléfono número de teléfono celular número de teléfono de trabajo

Employer's Name: _____ **Work Phone:** () _____

Employer's Address: _____
Dirección de empleador

City: _____ **State** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad estado codigo postal

Referring Physician _____
el médico que se refiere

Office #: () _____ **Fax #:** () _____
número de teléfono número de fax

Address _____
dirección

City: _____ **State** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad estado codigo postal

Orthopaedic Surgical Oncology of Arizona / Specialty Orthopaedic Surgery

4614 E. SHEA BLVD / SUITE D-160 / Phoenix, Arizona 85028

• Phone 602-258-8500 • Fax 602-258-8510

Patient Demographic Form pg-3

Primary Care Physician _____

médico primario de cuidado

Office #: (_____) _____

número de teléfono

Fax #: (_____) _____

número de fax

Address _____

dirección

City: _____

Ciudad

State _____

estado

Zip Code: _____

codigo postal

Emergency Contact Name: _____

nombre de contacto de emergencia

Emergency Contact Phone: (_____) _____

número de teléfono

Relationship _____

la relación al paciente

Pharmacy : _____

Nombre de farmacia

Address _____

dirección

City: _____

Ciudad

State _____

estado

Zip Code: _____

codigo postal

Pharmacy Number: (_____) _____

Teléfono de farmacia

Pharmacy FAX Number: (_____) _____

Fax de farmacia

Please Read and Sign this Form:

I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to Orthopaedic Surgical Oncology of Arizona. I understand and am responsible for all charges including my added costs incurred due any effort to collect for services rendered. I realize I am responsible to pay for non-covered services and I hereby authorize the release of pertinent medical information to insurance carriers. THIS RELEASE WILL CONTINUE UNTIL REVOKED BY ME IN WRITING.

Por favor leer y firmar este formulario: autorizo a mis beneficios de seguros a pagar directamente a Orthopaedic cirugía oncológica de Arizona. Comprendo y soy responsable de todos los cargos, incluyendo mis costes añadidos por cualquier esfuerzo para recopilar por servicios prestados. Me doy cuenta de que soy responsable de pagar por servicios no cubiertos y autorizo la liberación de información médica pertinente a las compañías de seguros. ESTA VERSIÓN CONTINUARÁ HASTA REVOCADO POR MÍ POR ESCRITO.

Signature of Responsible Party: _____

críe o nombre de guardian

Date: _____

pareja femenino

PATIENT INSURANCE INFORMATION *Please provide Insurance Card and Photo ID to Receptionist*
INFORMACIÓN de seguro de paciente * por favor proporcionar seguros de tarjetas y una identificación con foto a recepcionista

Orthopaedic Surgical Oncology of Arizona / Specialty Orthopaedic Surgery

4614 E. SHEA BLVD / SUITE D-160 / Phoenix, Arizona 85028
• Phone 602-258-8500 • Fax 602-258-8510

IMPORTANT OFFICE POLICIES Please Read and Sign this Form:

PATIENT NAME _____

nombre complete

DATE OF BIRTH _____

fecha de nacimiento

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I authorize **OSO/SOS** to release and receive the medical records concerning my POA/son/daughter/self to any physician, hospital, or agency involved in the care of the patient listed.

Autorizo a OSO/SOS para liberar y recibir los registros médicos sobre mi POA/hijo/hija/sí a cualquier médico, hospital o Agencia involucrada en el cuidado del paciente enumerado.

RELEASE OF ELECTRONIC MEDICAL INFORMATION

I authorize **OSO/SOS** to release and receive, electronic medical records concerning my POA/son/daughter/self to or from any pharmacy, physician, hospital, or agency involved in my care. This would include electronic medical and electronic prescription history between **OSO/SOS** and any pharmacy, physician, hospital, or agency involved in my POA/son/daughter/self care.

Autorizo a OSO/SOS para liberar y recibir, registros médicos electrónicos sobre mi POA/hijo/hija/auto hacia o desde cualquier farmacia, médico, hospital o Agencia involucrado en mi atención médica. Esto incluiría la historia de prescripción médica y electrónicos electrónicos entre OSO/SOS y cualquier farmacia, médico, hospital o Agencia involucrado en mi atención POA, hijo, hija y yo.

ASSIGNMENT OF MEDICAL BENEFITS

I authorize my insurance carrier to assign all surgical and or medical benefits to **OSO/SOS**. I also authorize release of medical information necessary to process all medical insurance claims.

Autorizo a mi empresa aseguradora para asignar todos los beneficios y quirúrgicos o médicos a OSO/SOS. También autorizo a liberación de información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones de seguros médicas.

HIPAA POLICY

I hereby acknowledge that I have been presented with a copy of **OSO/SOS** Notice of Privacy Practices.

Por la presente, reconozco que he sido presentado con una copia de OSO/SOS aviso de las prácticas de privacidad.

PAYMENT POLICY

Co-payments are to be collected at the time services are received. We accept cash, checks, Visa and MasterCard. All medical services provided are directly charged to the patient or responsible party. If our physician is contracted with your insurance carrier, we will accept their negotiated rate for the charges billed. However, you will be responsible for any balance deemed patient responsibility/non-payable/non-covered by your insurance and billed accordingly. Payment is expected in full upon receipt of statement or payment arrangements must be made with our billing office.

Los copagos deben ser recogidos en el momento en que se reciben servicios. Aceptamos efectivo, cheques, Visa y MasterCard. Todos los servicios médicos que se pagan directamente a la parte de paciente o responsable. Si nuestro médico contratado por la empresa aseguradora, vamos a aceptar su tasa negociada para los cargos facturados. Sin embargo, usted será responsable de cualquier saldo considerada paciente responsabilidad/no por pagar/no-cubiertos por su seguro y facturados en consecuencia. Se espera que el pago en su totalidad tras la recepción de la declaración o arreglos de pago deben hacerse con nuestra Oficina de facturación.

Orthopaedic Surgical Oncology of Arizona / Specialty Orthopaedic Surgery

4614 E. SHEA BLVD / SUITE D-160 / Phoenix, Arizona 85028

• Phone 602-258-8500 • Fax 602-258-8510

Office Policies pg-2

CANCELLATION POLICY

OSO/SOS requests that if an appointment needs to be cancelled that we receive notice no later than 24 hours prior to the appointment. We reserve the right to charge \$40.00 for a “no show” or “late cancel” appointment, to be collected on or before your next appointment.

OSO/SOS pide si una cita debe cancelarse que nos recibir aviso a más tardar 24 horas antes de la cita. Nos reservamos el derecho a cobrar \$ 40.00 si no se presenta o si cancelas su cita tarde nombramiento, para que se cobren en o antes de su próxima cita.

REFERRAL POLICY

I understand that it is my responsibility to obtain a referral through my primary care physician’s office if required by my insurance company or communicate with OSO/SOS office for their assistance with this. Failure to do so will result in charges being billed directly to myself.

Entiendo que es mi responsabilidad para obtener una remisión a través Oficina del médico de atención primaria en mi, si es necesario por mi compañía de seguros o comunicarse con la Oficina OSO/SOS por su ayuda con este. No hacerlo resultará en cargos ser facturados directamente a mí mismo.

I HAVE READ, UNDERSTAND, AND AGREE TO ABIDE BY THE ABOVE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION, PAYMENT, AND OTHER OFFICE POLICIES. THIS RELEASE WILL CONTINUE UNTIL REVOKED BY ME IN WRITING.

HE LEÍDO, COMPRENDER Y DE ACUERDO A ACATAR LA VERSIÓN ANTERIOR DE INFORMACIÓN MÉDICA, PAGO Y OTRAS POLÍTICAS DE LA OFICINA. ESTA VERSIÓN CONTINUARÁ HASTA REVOCADO POR MÍ POR ESCRITO.

Signature of Responsible Party: _____ Date: _____

críe o nombre de guardian

pareja femenino

Firma del partido responsable