



Nebraska Orthopaedic ASSOCIATES

Orthopaedics • Sports Medicine • Joint & Hand Specialists

MICHAEL T. O'NEIL M.D. THOMAS P. FERLIC M.D. JAMES T. CANEDY M.D. MARK E. GOEBEL M.D. STEVEN V. HAGAN M.D. CHARLES F. BURT M.D.
STEVEN X. GOEBEL M.D. JOSHUA A. URBAN M.D. NICHOLAS B. BRUGGEMAN M.D. CRAIG L. HANSEN M.D. SCOTT B. REYNOLDS M.D.

FECHA DE HOY _____ MÉDICO QUE VERÁ HOY _____ # DEL EXPEDIENTE _____

DOCTOR PRIMARIO _____ REFERIDO A NUESTRA OFICINA POR _____

Apellido y Nombre
DIRECCIÓN: _____

Apellido y Nombre
DIRECCIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE _____ INICIAL DEL SEGUNDO _____ APELLIDO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CASA _____ # TRABAJO _____ # CEL _____ E-mail: _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ # DE SEGURO SOCIAL _____ ESTADO CIVIL _____

EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ # DE TELÉFONO _____ RELACIÓN _____

COMPENSACIÓN DEL TRABAJO

ES ESTA LESIÓN RELACIONADA AL TRABAJO? _____ FECHA DE LESIÓN _____ # DEL RECLAMO _____

EMPLEADOR _____ PERSONA DE CONTACTO _____ # TELEFÓNICO _____

TRABAJADOR DEL CASO _____ # TELEFONICO _____ # DE FAX _____

ASEGURADO/PERSONA RESPONSABLE POR PACIENTES MENORES

PRIMER NOMBRE _____ INICIAL DEL SEGUNDO _____ APELLIDO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN _____

TELÉFONO DE LA CASA _____ DEL TRABAJO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DE SEGURO SOCIAL _____ RELACIÓN AL PACIENTE _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (SI NO PROVEYÓ TARJETA)

SEGURO PRIMARIO _____ DIRECCIÓN _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ # DE GRUPO _____ # DE PÓLIZA _____

SEGURO SECUNDARIO _____ DIRECCIÓN _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ # DE GRUPO _____ # DE PÓLIZA _____

CUBIERTO POR MEDICARE – POR FAVOR COMPLETE

¿Es el paciente un Veterano? Sí _____ NO _____ Si es Sí, ¿el VA lo refirió aquí por tratamiento? Sí _____ NO _____

¿Tiene el Paciente una VA Basis Card? Sí _____ NO _____ ¿Tiene el Paciente una Federal Black Lung Card? Sí _____ NO _____

¿Tiene el Paciente seguro médico a través de su empleador o miembro de la familia? Sí _____ NO _____

OFFICE USE ONLY: Verified by: _____

NUESTRA OFICINA HACE AL PACIENTE RESPONSABLE POR OBTENER TODOS LOS REFERIDOS NECESARIOS DE SU DOCTOR REGULAR ANTES DE SER VISTO POR NUESTROS DOCTOR(ES).

DOCTORS BUILDING SOUTH - FAX # 552-2720

OAKVIEW MEDICAL BUILDING - FAX # 637-0401