

Estimado paciente o abogado:

Gracias por elegir a Southwest Orthopaedic Specialists para atender sus necesidades de atenci ón m édica.

Se cobrar áuna cuota de \$35.00 por completar los formularios m édicos, la cual debe pagarse por adelantado y antes de su finalización.

Aceptamos pagos en efectivo, cheque, orden de pago o tarjeta de crédito o débito. **NO env é dinero en efectivo por correo.** 

Todos los pagos se pueden hacer O enviar por correo a nuestra oficina de South OKC: Southwest Orthopaedic Specialists, PLLC Atenci ón: FORMS

8100 S. Walker Bldg A Oklahoma City, OK 73139

El pago se puede realizar v á telefónica si paga con tarjeta de crédito o debito comunic ándose con nosotros al: 405-632-4468 x1070

Una vez que se reciba el pago, debe esperar alrededor de <u>10 a 14 d ás h ábiles</u> para la finalización de los formularios.

## Nombre en la tarjeta (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE): Número de la tarjeta: Exp: CVV: Direcci ón en los archivos del acreedor: Con mi firma abajo, autorizo a Southwest Orthopaedic Specialists a cargar en mi tarjeta de cr édito la cantidad de \$35.00 por los servicios de llenado de los formularios. Firma del titular de la tarjeta: Fecha:



## INFORMACIÓN SOBRE LOS FORMULARIOS FMLA-STD

NOTA: Se cobrar á una cuota de \$35.00 por completar los formularios m édicos, la cual debe pagarse por adelantado.

COMPLETE POR FAVOR TODA LA INFORMACIÓN	N EN SU TOTALIDAD Y CON EXACTITUD		
NOMBRE DEL PACIENTE:	Fecha de nacimiento:		
DIRECCIÓN DEL PACIENTE:			
TELÉFONO DEL PACIENTE	Número de Seguro Social:		
MÉDICO TRATANTE:			
¿A DÓNDE NECESITA QUE SE ENV ÉN LOS FOR	MULARIOS?		
GA DONDE RECESITA QUE SE ENVER LOS FORM	NOLAKIOS.		
NOMBRE DE LA COMPAÑ Á:			
A LA ATENCIÓN DE:			
DIRECCIÓN:			
TELÉFONO:			
INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA:			
	,		
¿ES UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJ	O? S Í/NO		
Elija una de las siguientes opciones:			
Fecha de inicio de la licencia continua:			
Fecha prevista de regreso al trabajo:			
2. Fecha de inicio de la licencia intermitente:			
Si su m édico le indic ó que no vuelva al trabajo o le pro ¿cu ál es la primera fecha de trabajo a la que falt ó o fal			
FECHA:			
Con mi firma abajo, doy autorización a Southwest Orthopenviar la información médica correspondiente a la entidad			
Firma del Paciente/Abogado:	Fecha		



8100 S. Walker Avenue, Building A Oklahoma City, OK 73139 Local: 405.632.4468 Gratuito: 877.332.4468

Fax: 405.619.4426

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:			
Teléfono:	Número de Se	Número de Seguridad Social:		
A través de este documento, autorizo a Southwest Orthor	paedic & Reconstructive Special	<b>ists</b> a divulgar la siguiente información a		
Nombre de la persona u organización que recibe la PHI	Teléfono	Fax		
Dirección	Ciudad	Estado Código postal		
Información a compartir:  □ Notas de progreso □ Informes de procedimiento □ Información de Medical recopilada desde		<del></del> -		
☐ Información de facturación para:				
<ul> <li>Tengo derecho a retirar el permiso para divulginformación, puedo revocarla en cualquier mo u organización que la divulga y esta decisión no Tengo derecho a recibir una copia de esta autoriz</li> <li>Comprendo que, a menos que el propósito de efirmar esta autorización no afectará mi elegibilida</li> <li>Mi información médica puede indicar que tengentre otras, enfermedades como la hepatitis, condiciones psicológicas, psiquiátricas o por ab Comprendo que puedo cambiar esta autorización divulga mi PHI.</li> <li>Entiendo que no puedo restringir la información el información utilizada o divulgada de conformel receptor y ya no estar protegida por las regula</li> </ul>	omento. Si deseo revocarla, do afectará la información que y zación.  esta autorización sea determinal de para beneficios, tratamiento, i go una enfermedad trasmisible sífilis, gonorrea, VIH o SIDA; puso de sustancias.  n en cualquier momento, escribie que ya ha sido compartida, de conidad con esta autorización pue	ebo hacerlo por escrito a la persona ra haya sido utilizada o divulgada.  r el pago de un reclamo de beneficios, inscripciones o pagos de reclamos. y/o no trasmisible, que puede incluir, o que he recibido tratamiento para endo a la persona u organización que onformidad con esta autorización.		
A menos que la revoque o se indique lo contrario, esta partir de mi firma o después de que ocurra el siguiente				
Firma del paciente o representante legal	Fecha			
Descripción de la autoridad del representante legal  Entrega/Formato: □ Correo de EE.UU. □ Re	Fecha de vencimient  de la firma o no se in  tiro en la oficina	o (si es más de un año a partir la fecha dica ningún evento)		

conservar por un mínimo de 6 años

\* Envíe por correo o fax el formulario completo de autorización a SOS a la dirección o número de fax que se indicó anteriormente.