

# The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor  
Santa Barbara CA 93105  
Telephone (805) 963-2729  
Fax (805) 963-3818

## Información del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apodo/Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Dirección permanente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Preferencia: Casa/ Móvil

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico/a de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Médico/a Referente (si corresponde): \_\_\_\_\_

Para recordatorios de citas: correo electrónico / mensaje de texto

*Tenga en cuenta que nuestros médicos utilizan diferentes sistemas. No se envían recordatorios para Dr. Richard Ryu.*

## Información del Seguro

El suscriptor principal es la persona que es el titular principal de la cuenta de su póliza de seguro. Puede ser usted (el paciente), su cónyuge, sus padres u otra persona.

Nombre del Suscriptor Principal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor Principal: \_\_\_\_\_

Relación del Paciente con el Suscriptor Principal: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento del Aviso de Privacidad

La Clínica Ortopédica Ryu Hurvitz cumple estrictamente con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). No divulgaremos su información de salud a ninguna fuente no autorizada.

Reconozco el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica Ortopédica Ryu Hurvitz. Soy consciente de que se proporcionará una copia impresa de este Aviso a mi solicitud.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## Autorización de Divulgación

Por la presente autorizo la discusión de mi condición médica general, diagnóstico, tratamiento, citas, pago y opciones de atención médica con (marque todo lo que corresponda):

# The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor  
Santa Barbara CA 93105  
Telephone (805) 963-2729  
Fax (805) 963-3818

☐ Cónyuge (nombre y número de teléfono): \_\_\_\_\_

☐ Padre (nombre y número de teléfono): \_\_\_\_\_

☐ Niños (nombre y número de teléfono): \_\_\_\_\_

☐ Otro (relación, nombre y número de teléfono): \_\_\_\_\_

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

## Tomador de Decisiones Sustituto

Tiene la opción de nombrar a un sustituto para la toma de decisiones en caso de que no pueda tomar decisiones.

☐ Mi sustituto para tomar decisiones será (nombre): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

☐ Me niego a nombrar un sustituto para la toma de decisiones en este momento.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

## Lesión

Parte del Cuerpo Lesionada: \_\_\_\_\_ ☐ Derecho/a ☐ Izquierdo/a

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Breve descripción de la lesión: \_\_\_\_\_

**¿La lesión estuvo relacionada con el trabajo?** ☐ Si ☐ No

**¿Va a presentar un reclamo de compensación para trabajadores?** ☐ Si ☐ No

*Tenga en cuenta que las reclamaciones de compensación de trabajadores requieren una autorización por separado. Si está considerando presentar un reclamo de compensación laboral por su lesión, informe a nuestra oficina de inmediato.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si este formulario ha sido llenado en nombre del paciente:**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona que Completa el Formulario

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha