

# The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

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

## Compensación del Trabajador 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: \_\_\_\_\_

Título Profesional: \_\_\_\_\_

Descripción Breve del Trabajo: \_\_\_\_\_

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.*

## Lesión

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

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

Empleador/a: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Ajustador/a: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

# The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

---

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

## 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):

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

---

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