

Nobbe Orthopedics, Inc.
PATIENT INFORMATION

Patient Acct # _____

(Last, First): _____	Date of Injury: _____		
Address: _____			
City: _____	State: _____	Zip: _____	
Home Phone: _____	Work Phone: _____	Email: _____	
Social Security # _____	Date of Birth _____	Age: _____	Sex: _____

RESPONSIBLE PARTY (if different from patient)

(Last, First): _____	Sex: _____	
Address: _____		Relationship _____
City: _____	State: _____	Zip: _____
Home Phone: _____	Work Phone: _____	
Social Security # _____	Date of Birth _____	Age: _____

EMERGENCY CONTACT

Name: _____	
Relationship: _____	Phone: _____

REFERRAL INFORMATION

Prescribing MD _____	Tel # _____
Primary Care Physician: _____	Tel # _____

EMPLOYMENT INFORMATION

Employer: _____		
Address: _____	Tel # _____	
City: _____	State: _____	Zip: _____

WORK COMP INFORMATION

Date of Injury: _____	Case/Claim #: _____	Adjuster: _____
-----------------------	---------------------	-----------------

INSURANCE INFORMATION-Please provide copy of insurance card(s)

Primary Ins: _____	Secondary Ins: _____		
Phone# _____	Fax# _____	Phone# _____	Fax# _____
Date of Eligibility _____	Deductible _____	DME/OP max _____	
Pre-Auth Certification# _____	Auth by _____		

Benefits, Information Release Authorization and Acknowledgment of Financial Responsibility:

I request my insurance benefits, if any, be paid directly to the provider. I authorize Nobbe Orthopedics to obtain and release any and all information necessary to provide services or process claims on my behalf. As the responsible party, I understand that I am personally liable for any amounts not paid by my insurance company. Services denied by my insurance company due to lack of medical necessity or denied as a non-covered benefit are my financial responsibility. All co-payments, deductibles and co-insurance amounts are my financial responsibility. I agree to notify Nobbe Orthopedics, Inc. immediately of any change in insurance coverage or status. I understand that NO returns/refunds or exchanges are possible due to the custom nature of these services. Nobbe Orthopedics, Inc. charges interest at the rate of 1 .5% per month on any unpaid balance.

I acknowledge receipt of Nobbe Orthopedics, Inc Privacy Practices. I also acknowledge that I will be informed if the practices are revised (www.nobbeorthopedics.com).

Signed _____ Date _____

Nobbe Orthopedics, Inc.
INFORMACION DEL PACIENTE

Patient Acct # _____

(Nombre, Apellido) : _____	Fecha de lesion: _____		
Direccion: _____			
Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____	
Numero De Telefono: _____	Numero Del Trabajo: _____	Correo Electronico: _____	
Numero De Seguro Social: _____	Fecha De Nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: _____

PARTE RESPONSABLE (Solamente si es distinto del paciente o es menor de 18 anos.)

(Nombre, Apellido) : _____	Sexo: _____	
Direccion: _____		Relacion Al Paciente: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____
Numero De Telefono: _____	Numero Del Trabajo: _____	
Numero De Seguro Social: _____	Fecha De Nacimiento: _____	Edad: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

(Nombre, Apellido) : _____	
Relacion Al Paciente: _____	Numero De Telefono: _____

INFORMACION DE REFERENCIA

Nombre De Medico Que Receta: _____	Numero De Telefono: _____
Medico De Atencion Primaria: _____	Numero De Telefono: _____

INFORMACION DE EMPLEO

Empleador: _____		
Direccion: _____	Numero De Telefono: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____

INFORMACION DE TRABAJO COMP.

Fecha De Lesion: _____	Numero De Caso: _____	Adjustador: _____
------------------------	-----------------------	-------------------

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza Primaria: _____	Aseguranza Secundaria: _____		
Numero De Telefono: _____	Numero De Fax: _____	Numero De Telefono: _____	Numero De Fax: _____
Fecha De Elegibilidad: _____	Deducible: _____	DME/OP max _____	
Pre-Auth Certification# _____	Auth by _____		

Beneficios, Información de Autorización de Exención y el Reconocimiento de la Responsabilidad

Financiera: Pido mis beneficios del seguro, si los hubiere, se pagará directamente al proveedor. Yo autorizo Ortopedia Nobbe para obtener y liberar toda la información necesaria para proporcionar servicios o procedimientos de reclamación en mi nombre. Como la parte responsable, entiendo que yo soy personalmente responsable por cualquier monto no pagado por mi compañía de seguros. Servicios denegados por mi compañía de seguros debido a la falta de necesidad médica o negado como no cubiertos se benefician son mi responsabilidad financiera. Todos los co-pagos, deducibles y co-seguro son mi responsabilidad financiera. Estoy de acuerdo en notificar a Nobbe Orthopedics, Inc. inmediatamente de cualquier cambio en la cobertura del seguro o el estado. Yo entiendo que NO devoluciones / reembolsos o intercambios son posibles debido a la naturaleza personalizada de estos servicios. Nobbe Ortopedia. Inc. cobro de intereses a la tasa de un 1.5% mensual sobre el saldo no pagado.

Acuso recibo de Ortopedia Nobbe, Inc prácticas de privacidad. También reconozco que se me informará si las prácticas se revisan (www.nobbeorthopedics.com).

Signed _____ Date _____