



Lesiones Deportivas / Escuela Formulario de Información
Sección A: Información Para el Paciente

Apellido:		Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	SSN:	Fecha de Nacimiento:	

Sección B: Lesiones Escuela Información

**En el siguiente espacio, por favor proporcione una narración de cómo ocurrió la lesión.
 Si necesita más espacio, por favor use el reverso de esta página.**

--

Información de la Escuela

Nombre de la escuela:	Teléfono de la escuela:
Deporte Jugado:	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> 9-12 Grado <input type="checkbox"/> Colegio
Entrenador Nombre:	Director de Deportes Nombre:

Sección C: Información del Reclamo

Si su hijo ha sido herido durante un deporte escolar organizado o actividad, su escuela es requerida por la ley de Illinois para proporcionar una póliza de seguro que cubra la asistencia médica del estudiante. Antes de que se les permita dar un paso en el campo, los estudiantes atletas, porristas, o los músicos de la banda de marcha incluso están obligados a firmar un documento que muestra que entienden los riesgos involucrados en el deporte / actividad y los requisitos impuestos por el estado. Algunas escuelas requieren una pequeña tarifa pagada por el estudiante / padres para cubrir los costos de la prima de la póliza de seguro.

Estos planes pueden ser utilizados para cubrir los costos adicionales para los padres que tienen seguro para el estudiante, o pueden cubrir los costos primarios, si los padres no tienen seguro privado, o tiene beneficios mínimos, incluyendo pero no limitado a, de su propio bolsillo los costos relacionados a altos deducibles, coseguros, copagos u otros servicios no cubiertos.

Las reclamaciones deben ser presentadas por el padre (s) a los estudiantes en relación con el entrenador y director deportivo.

Para obtener información adicional sobre esta ley, podrá solicitar a la "Ley de Rocky" folleto en nuestra recepción.

Información del Seguro

Date Claim was filed:	Número de Reclamo:		
Compañía Aseguradora			
Teléfono #:	Fax#:		
Dirección:	Ciudad:	Dirección:	Ciudad:

Toda la información presentada en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier información incorrecta presentada puede resultar en un retraso de mi tratamiento. Es mi responsabilidad para aplicar los cambios a mi información de la demanda en tiempo y forma. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de los servicios prestados a mí, incluyendo los saldos de las reclamaciones denegadas por cualquiera y todas las pólizas de seguro.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

La información no estaba disponible en el momento de la primera cita.

Por favor, lleve una copia de este formulario a casa con el fin de obtener toda la información necesaria, puede devolver la información de las siguientes maneras:

- **Llame a nuestra oficina para proporcionar verbalmente la información antes de la próxima cita programada. (708-263-2000)**
- **E-Mail la información a nuestra oficina para la próxima cita programada. (ChicagoSportsOrtho@gmail.com)**
- **Traiga en este formulario completo a la próxima cita programada, pero por favor entienda que espera hasta la próxima cita puede provocar un retraso en la atención, la obtención de autorizaciones, ordenando equipo médico duradero es necesario, etc**