

## INFORMACION DE PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
(P.O Box o Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Domicilio Fuera de Estado \_\_\_\_\_

Compania De Trabajo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Domicilio De Trabajo \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Como se dio cuenta de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Nombre de Medico Familiar? \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE EMERGENCIA (Persona indicada en caso de emergencia)

Nombre \_\_\_\_\_ Numero Telefonico \_\_\_\_\_

Relacion de Pariente: ESPOSA/ESPOSO PADRE MADRE HIJO/HIJA

Domicilio de Pariente \_\_\_\_\_

Compania de Trabajo \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE DE FINANAS (Nombre de persona responsable de cargos no cubridos por aseguranza)

Nombre \_\_\_\_\_ Numero Telefonico \_\_\_\_\_

Relacion de Pariente: Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

ESPOSA / ESPOSO PADRE MADRE HIJO / HIJA

Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANSA

### ASEGURANSA PRIMARIA

Nombre de Compania de Aseguransa \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de identificacion de Aseguransa \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Telefono de Aseguransa \_\_\_\_\_ Fecha de Effectivo \_\_\_\_\_

Nombre de Persona que Carga Aseguransa \_\_\_\_\_

Cantidad de Pago \_\_\_\_\_

Deducible Anual \_\_\_\_\_

### ASEGURANSA SECUNDARIA

Nombre de Compania de Aseguransa \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de identificacion de Aseguransa \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Telefono de Aseguransa \_\_\_\_\_ Fecha de Effectivo \_\_\_\_\_

Nombre de Persona que Carga Aseguransa \_\_\_\_\_

### ENTREGA DE INFORMACION

Tenemos su permiso de lo siguiente?

Dejar mensaje en su telefono de casa? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Dejar mensaje en lugar de trabajo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Discutir su condicion medica con cualquier familiar de casa? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si su respuesta es SI, con quien (nombre de persona) \_\_\_\_\_

Yo autorizo permiso de proveer informacion medica necessaria en el proceso de mandar cargos financieros a mi aseguransa por los servicios que obtuve en mis citas al medico. Yo autorizo permiso a Gary N. Friedlander, DPM PC. Para que obtenga beneficios de mi parte para servicios medicos que cubre mi aseguransa. Yo doy permiso de pagos directamente de mi aseguransa sean pagados a Gary N. Friedlander, DPM, PC. Permiso rendido de conversaciones verbales y informacion medica sean disponibles a medicos dedicados a mi salud localizados en otros domicilios. Finalmente yo entiendo la responsabilidad financiera de cargos si mi aseguransa page o no page por servicios medicos. Toda esta informacion es correcta.

FIRMA DE PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**CONDICIONES MEDICAS DE SU PASADO**

Bienvenidos a nuestra oficina. Parte de su tratamiento consiste de saber cambios de su salud o condicion medica en el ano pasado.

**ALERGIAS**

**A tenido cambios de alergias en el ultimo ano?** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Si su respuesta fue SI, favor de indicar el la linea que sigue.

**MEDICAMENTOS**

**A tenido cambios en medicina en el ultimo ano?** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Favor de indicar todo medicamento / medicinas con y sin receta que toma regularmente y por acual razon.

**CIRUGIAS Y HOSPITALACIONES**

**A tenido cambios de cirugias / hospitalaciones en el ultimo ano?** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue SI, favor de indicar en la caja que sigue.

<b>Cirugias / Condicion Medica</b>	<b>Fecha</b>	<b>Doctor</b>	<b>Hospital</b>

**CONDICIONES MEDICAS**

**A tenido cambios en su condicion medica incluyendo problemas de pies en el ultimo ano?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente y Fecha** \_\_\_\_\_

**DPM Reviewed, Sign and Date** \_\_\_\_\_