

INFORMACION DEL REGISTRO

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE. COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS Y FIRME.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Sexo: M F Estado Civil: S C D V Numero social: _____ Telefono: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip _____
Telefono celular: _____ Correo electronico: _____
Persona responsable de pago: _____ Relacion con paciente: _____
Ocupacion del paciente: _____ Empleador/Direccion: _____
Seguro primario: _____ # de poliza: _____ # de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____ Relacion: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ocupacion del asegurado: _____ Nombre del empleador/direccion: _____
Seguro secundario: _____ # de poliza: _____ # de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____ # de poliza: _____ # de grupo: _____
Persona a quien llamar en caso de emergencia: _____
Relacion con el paciente: _____ Numero de telefono: _____

COMO SUPO DE NUESTRA OFICINA?

Dr. _____ me refirio Señor/Senora _____ me refirio
Paginas amarillas Anuncio afuera Fui paciente antes Directorio del Seguro Otro _____

Marque con un círculo todos los síntomas o dolorosos que está experimentando y su ubicación

DOLOR ARCO: DERECHO/IZQUIERDO DOLOR TOBILLO: DERECHO/IZQUIERDO JUANETES: DERECHO/IZQUIERDO
CALAMBRES: DERECHO/IZQUIERDO DOLOR TALON: DERECHO/IZQUIERDO DOLOR CALLO: DERECHO/IZQUIERDO

COMEZON/INCHAZON/ROJEZ: DERECHO/IZQUIERDO ULCERAS: DERECHO/IZQUIERDO

OTRO SINTOMA O DOLOR: _____

UÑA ENCARNADA: DERECHO/IZQUIERDO 1 2 3 4 5 DEDO DEL PIE

UÑAS GRUESAS DOLOROSAS: DERECHO/IZQUIERDO 1 2 3 4 5 DEDO DEL PIE

Cuánto tiempo ha tenido dolor: _____

Califique su dolor de 1 a 10, siendo 10 el peor: _____

Por favor circule uno: **No dolor** **Poco** **Moderado** **Severo**

Nombre del Paciente: _____

Firma del paciente o guardian legal: _____ **Fecha:** _____

Hacemos todo lo posible para obtener información precisa sobre su cobertura de seguro, pero tenga en cuenta que la información que nos brinda su compañía de seguros es solo una estimación de los beneficios y no es una certificación o garantía de pago. Todos los reclamos presentados están sujetos a las limitaciones, disposiciones y exclusiones descritas en su plan. La cobertura y el pago se dictan en el momento en que se procesa el reclamo. Por lo tanto, es posible que usted sea responsable de más de lo que se nos informa en el momento de los tratamientos, y de la asignación de beneficios cuando corresponda. **DECLARACIÓN:** Entiendo que si no cumplo con cualquier acuerdo financiero que realice con esta práctica y que mi cuenta se envíe a una agencia de cobranza, seré responsable de todos los costos de recolección y honorarios legales incurridos. Acepto permitir que Foot Center McAllen Weslaco PLLC accese mi historial médico.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL

FECHA