

# 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 \_\_\_\_\_ cartel exterior \_\_\_\_\_ The Monitor App \_\_\_\_\_ Billboard \_\_\_\_\_  
Social Media \_\_\_\_\_ Google \_\_\_\_\_ Amigo(a) \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_

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