

BIENVENIDO A CLINICA DE LOS PIES

Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Sexo: M F

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Numero de telefono: _____ Empleador: _____

Domicilio de tu empleador: _____

En caso de emergencia, con quien podemos hablar?

Nombre: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

Informacion de Aseguranza

Nombre del suscriptor: _____ Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relacion al paciente: _____

Nombre de aseguranza: _____ Numero de grupo: _____

Consentimiento para tratamiento, designacion de beneficios, y autorizacion de dar informacion de su expediente

Por la presente doy mi consentimiento y autorizacion que se imparta todo tratamiento terapeutico y diagnostico necesario para mi o para mi hijo(a) menor de edad, segun sea necesario en la opinion de el personal medico y/o el medico que este presentando dicha atencion. Por la presente autorizo al proveedor de servicio, cuyo nombre aparece arriba, que suministre informacion a companias de seguros con respecto a esta enfermedad tambien autorizo a dichas companias de seguros que efectuen pago directamente al proveedor de servicios medicos arriba mencionado, por concepto del beneficio de gastos medicos que da otra forma se me pagaría a mí. La copia fotostatica de esta asignacion y autorizacion se considerara de igual validez que la original. Este derecho de retencion es irrevocable. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera ante el proveedor de servicio arriba mencionado, por concepto de los cobros que no queden cubiertos y pagados por una compania de suguros.

Firma del paciente : _____ Fecha: _____

(padre o tutor mayor de 18 años)

Por favor llene la parte de otras de esta hoja. →