

Stockdale Podiatry Group, Inc.

MEDICINE AND SURGERY OF THE FOOT AND ANKLE

FORMA DE REGISTRO PARA MENORES

NOMBRE DE PACIENTE _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEGURO SOCIAL # _____ - _____ - _____

TELEFONO () _____ CELULAR () _____

PROVEEDOR DE MENSAJE DE TEXTO (CIRCULE UNO) AT&T TMOBILE VERIZON METRO OTRO _____

REFIRIDO POR? _____

PERSONA RESPOSABLE _____ RELACION _____

DOMICILIO _____ TELEFONO () _____

NOMBRE DE PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____ TELEFONO () _____

EMPLEADOR _____ OCUPACION _____

DOMICILIO DE EMPLEADOR _____ TELEFONO () _____

SEGURO SOCIAL # _____ - _____ - _____ NUMERO DE LICENCIA # _____

NOMBRE DE MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____ TELEFONO () _____

EMPLEADOR _____ OCUPACION _____

DOMICILIO DE EMPLEADOR _____ TELEFONO () _____

SEGURO SOCIAL # _____ - _____ - _____ NUMERO DE LICENCIA # _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACION _____

DOMICILIO _____ TELEFONO () _____

*** PORFAVOR DE PRESENTAR SUS TARJETAS DE SEGURO MEDICO. ***

YO ESTOY DE ACUERDO EN ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR EL SALDO IMPAGO DE LAS CUENTAS EN CASO DE QUE LA SIGUIENTE AUTORIZACION SEA INSUFICIENTE PARA LIQUIDAR LA CUENTA. ATRAVES DE LA PRESENTE YO ASIGNO Y TRANSFIERO CUALQUIER BENEFICIO DE SEGURO QUE SE ME DEBA POR LOS SEVICIOS PROFESIONALES QUE HE RECIBIDO A STOCKDALE PODIATRY GROUP, INC. AUTORIZO LA DIVULGACION DE CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PROCESAR LAS RECLAMACIONES DE SEGUROS. ESTA ASIGNACION PERMANECERA EN EFECTO HASTA QUE YO LA REVOQUE POR ESCRITO.

FIRMA DE PADRE (S) / GUARDIAN _____ FECHA _____