

Stockdale Podiatry Group, Inc.

MEDICINE AND SURGERY OF THE FOOT AND ANKLE

FORMA DE REGISTRO

NOMBRE DE PACIENTE _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

ZONA POSTAL _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL (CIRCULE UNO) CASADO (A) SOLTERO (A)

TELEFONO () _____ CELULAR () _____

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

REFERIDO POR? _____

EMPLEADOR _____ OCUPACION _____

DOMICILIO _____ TELEFONO () _____

NOMBRE DE ESPOSO (A) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EMPLEADOR _____ OCUPACION _____

DOMICILIO _____ 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 PACIENTE _____ DATE _____