

Bienvenidos a nuestra practica

Joaquin Diaz Jr., DPM 87-08 Justice Ave., Ste. CK Elmhurst, NY 11373

Porfavor tome unos minutos para contestar las siguientes preguntas para mejor asistirle.

Informacion Del Paciente

Fecha _____ Social.# _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____

Apellido

Nombre

Inicial

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Telefono _____ Celular _____

Sexo () M () F () menor () soltero/a () casado/a () separado/a () divorciado/a () viudo/a

Empleado _____ Telefono de trabajo _____

Direccion de trabajo _____ Ocupacion _____

A quien agradecemos por referirle? _____

En caso de emergencia, a quien llamamos? _____ Telefono _____

Seguro Primario

Persona responsable por seguro _____

Relacion al paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Social# _____

Direccion _____ Telefono _____

Porfavor Completar el otro lado

Empleador de persona asegurada _____ Telefono de trabajo _____

Direccion de trabajo _____ Ocupacion _____

Compañia de seguro _____ Identificacion# _____

Direccion del seguro _____ Grupo# _____

Seguro adicional (Si Aplica)

Persona asegurada _____ Relacion al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Social# _____ Telefono _____

Direccion _____

Empleador de persona asegurada _____ Telefono de trabajo _____

Compañia de seguro _____ Identificacion# _____

Direccion de seguro _____ Grupo# _____

Historia Medica

1. Esta bajo algun tratamiento?
2. Tienes alergia a algun medicamento?
3. Sufres de Diabetes?
4. A estado en tratamiento con otro podiatra?
5. Motivo por su visita:

Autorizacion y Responsabilidad

Yo authorizo pago directamente al DR. Joaquin Diaz, Jr. DPM por todos los servicios aprobados por el seguro. Si servicios son pagados a mi debo remitir el cheque a la oficina por los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, pagados o no por el seguro, y por todos los servicios rendidos a mi o mis dependientes. Yo entiendo que cualquier balance no pagado a partir de un mes se le aplicara un 1.5% cargo de interes al balance total.

Yo autorizo al Doctor mencionado y a cualquier proveedor medico o proveedor de servicios rendidos en esta oficina divulgar la informacion requerida para asegurar pago por los servicios. Autorizo el uso de esta firma para todas las sumisiones al seguro.

Firma de persona responsable _____ Fecha _____