

NELSON FOOT & ANKLE CLINIC
FORMA DE INSCRIPCIÓN

Fecha: _____

Para proteger su identidad y por Federal de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA), este formulario debe ser completado en su totalidad. Gracias.

INFORMACION PARA EL PACIENTE

NOMBRE COMLETO: _____
PRIMER MEDIO INICIAL APELLIDO

DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: MASCULINO FEMENINO

NUMERO DE CASA# () _____-_____ NUMERO DE CELULAR# () _____-_____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO OTRO

RAZA: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

TAMANO DE ZAPATO: _____

ESTADO DE FUMAR: NUNCA FUMADOR ANTERIOR FUMADOR ACTUAL

MOTIVO DE LA VISITA: _____

ALERGIAS: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES (INCLUYE VITAMINAS Y ARTICULOS SIN RECETAS): _____

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA: _____ TEL# () _____-_____

FARMACIA PREFERIDA: _____

REFERIDO POR: _____

NOMBRE DE EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TEL# () _____-_____

INFORMACION DEL SEGURO

POLIZA DE SEGURO PRIMARIA

NOMBRE DE COMPANIA DE SEGURO: _____

NUMERO DE SEGURO: _____ NUMERO DE POLIZA/GRUPO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO PRIMARIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DE PRIMARIO: ____/____/____ SEGURO SOCIAL: _____

RELACION CON ASEGURADO: SI MISMO NINO ESPOSO OTRO _____

POLIZA DE SEGURO DE SECUNDARIA

NOMBRE DE COMPANIA DE SEGURO: _____

NUMERO DE SEGURO: _____ NUMERO DE POLIZA/GRUPO: _____

Solicito que el pago de Autorizado Medicare, AHCCCS y / o Comercial de Seguros se hará a Nelson Foot & Ankle Clinic para cualquier servicio (s) prestado a mí. Autorizo Nelson Foot & Ankle Clinic para liberar mi información médica según lo regulado en virtud de las leyes federales de privacidad de la HIPAA. Además, entiendo que soy responsable de pagar ciertas cantidades por el médico. Estas cantidades pueden incluir deducibles anuales, copagos, coseguros, cargos negados como no cubiertos por mi seguro (s), y las cargas negado servicios o artículos determinados como no médicamente necesario. Certifico que la información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento y la información que falte será proporcionado dentro de las 72 horas de mi visita para que Nelson Foot & Ankle Clinic para facturar a mi seguro (s) en mi nombre.

FIRMA DE PACIENTE O GARANTE NOMBRE IMPRESO FECHA