

# UNIVERSITY FOOT AND ANKLE SPECIALISTS, INC.

Tel: (619) 269-4747 • Fax: (619) 521-2025

## INFORMACION DEL PACIENTE – (POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO)

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ CELL (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ E STADO \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_ CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO (E-MAIL) \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL:  Soltero  Casado  Divorciado/Separado  Viudo EDAD \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F  
NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELEFONO(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_  
EMERGENCIA/CONYUGUE \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANZA

ASEGURANZA PRIMARIA \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

# POLIZA	# GROUP	NOMBRE DEL GROUP	# CERTIFICADO	# TELEFONO
----------	---------	------------------	---------------	------------

ASEGURANZA SECUNDARIA \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

# POLIZA	# GROUP	NOMBRE DEL GROUP	# CERTIFICADO	# TELEFONO
----------	---------	------------------	---------------	------------

HA SIDO SU DEDUCIBLE PAGADO?  SI  NO

## AUTORIZACION PARA PROVEER INFORMACION

YO AUTORIZO LA ENTREGA DE CUALQUIER INFORMACION INCLUYENDO EL DIAGNOSTICO Y/O ARCHIVOS DE CUALQUIER TRATAMIENTO O EXAMEN PRESTADOS A MI O MI HIJO DURANTE EL PERIODO DE ESTOS CUIDADOS A TERCERAS PERSONAS O A ALGUN PROFESIONAL DE SALUD.

YO AUTORIZO A UNIVERSITY FOOT AND ANKLE SPECIALIST, INC. A ACTUAR COMO MI AGENTE PARA AYUDARME A OBTENER EL PAGO DE MI SEGURO Y/O BENEFICIOS MEDICOS.

YO AUTORIZO Y SOLICITO A MI COMPANIA DE ASEGURANZA Y/O BENEFICIOS DEL GOBIERNO PARA PAGAR DIRECTAMENTE AL MEDICO O AL SEGURO MEDICO DEL GRUPO DE BENEFICIOS PAGADERO A MI.

ENTIENDO QUE MI SEGURO PUEDE PAGAR MENOS DE LO QUE ES EL RECIBO PAGADERO POR LOS SERVICIOS. ESTOY DE ACUERDO QUE SERE RESPONSABLE DEL PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS A MI O MIS DEPENDIENTES.

YO DOI PERMISO A UNIVERSITY FOOT AND ANKLE SPECIALIST, INC. PARA ADMINISTRAR Y TRATAR CON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS EN EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE MI PIE Y/O TOBILLO.

YO ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS SEAN O NO CUBIERTOS POR EL SEGURO, COMPENSACION AL TRABAJADOR O DE UN TERCERO PAGADOR.

ADEMAS ESTOY DE ACUERDO QUE UNA COPIA/FAX DE ESTE ACUERDO SERA VALIDA COMO ORIGINAL.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_