

Elite Podiatry, PLLC

13838 S. 46th Place, #115
Phoenix, AZ 85044

Officina: (480) 213-3011 Fax: (480) 816-4483

16841 N. 31st Avenue, #134
Phoenix, AZ 85053

Fecha: _____ Correo Electronico: _____

Nombre: _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Direccion: _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono de Casa: _____ Celular _____ Sex: _____ M _____ H

Fecha de Nacimiento: _____ Edad : _____ Seguro Social #: _____

Estatus Matrimonial : _____ Casada/o _____ Separada/o _____ Divorciada/o _____ Viuda/o

Referido: Google/Internet: _____ Seguranza: _____ Familia/Amiga/o: _____ Facebook: _____ Doctor: _____

Empleo: _____ Ocupacion: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono : _____ Relacion: _____
(fuera de casa)

Doctor Familiar: _____ Telefono: _____ Direccion : _____

Informacion de Seguranza:

Nombre de Seguranza (Primaria): _____ Poliza/ID#: _____

Nombre en la Poliza: _____ Grupo# _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Empleo: _____

Nombre de Seguranza (Secundaria): _____ Poliza/ID#: _____

Nombre en la Poliza: _____ Grupo# _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Empleo: _____

Historia Medico: Farmacia: _____

_____ Diabetes _____ Presion _____ Cardio Patia _____ Pulmonar _____ Hgado
Tipo? _____ Tipo? _____ Tipo? _____ Tipo? _____ Tipo? _____

_____ Enfermedad Infecciosa _____ Artritis _____ Hepatitis _____ Gota Otro: _____
Tipo? _____ Tipo? _____ Tipo? _____ Tipo? _____

REACCION ALERGICA: _____ Niguna _____ Aspirina _____ Penicillina _____ Sulfa _____ Yodo _____ Cortisona _____ Adhesiva
Local Anestecia Otro: _____

Tobacco: _____ SI _____ No Tipo: _____ Cuanto Tiempo ? _____

Calzado: _____ Altura: _____ Peso: _____

Lista de Medicamentos:

Cirugias (entre 10 anos):

1. _____ 1. _____
2. _____ 2. _____
3. _____ 3. _____
4. _____ 4. _____

Elite Podiatry, P.L.L.C.

**** Gregory T. Loo, DPM ****

13838 S. 46th Place, #115
Phoenix, AZ 85044

Officina: (480) 213-3011 Fax: (480) 816-4483

16841 N. 31st Avenue, #134
Phoenix, AZ 85053

Firma de Medicare en el archive

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre a Elite Podiatry, PLLC por cualquier servicio que me brinde esa práctica / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiación de la Atención Médica y a su agente cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma a continuación solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica "otro seguro de salud" en el ítem 9 del formulario HCFA-1500, o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados o reclamos enviados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia mostrada. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación del cargo del proveedor de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable solo del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo del proveedor de Medicare.

Nombre de Paciente

Numero de Medicare

Firma de Paciente

Fecha

Autorizacion De Seguro Del Paciente

Por la presente autorizo el procesamiento del seguro médico, ya sea por método electrónico o manual, por el proveedor indicado. Mi firma a continuación autoriza el pago de todos los principales beneficios médicos y / o quirúrgicos a los que tengo derecho por parte de la aseguradora mencionada a continuación para pagar al cesionario del proveedor mencionado. Además, autorizo al cesionario a divulgar toda la información médica y / o de reclamo de seguro necesaria para asegurar los pagos. Reconozco mi obligación financiera de cualquier copago, coseguro o deducible, y servicios no cubiertos que puedan ser requeridos. Este acuerdo permanecerá vigente hasta que sea revocado por mí por escrito. Una copia de este documento se considera tan válida como un original.

Nombre de Paciente

Nombre y Numero de Seguranza

Firma de Paciente

Fecha

Acuse de recibo del aviso de las Practicas de Privacidad
De la ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Medico

Propósito de este formulario se utiliza para obtener el acuse de recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad o para documentar
nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese acuse de recibo

Elite Podiatry, PLLC
Gregory T. Loo, DPM
Acuse de recibo del aviso de las Practicas de Privacidad

_____ Yo reconozco que he recibido el aviso de las practicas de privacidad.

_____ Yo reconozco que he recibido el aviso de las practicas de privacidad, Pero elijo
no frimar este recibo.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

** Puede negarse a firmar este reconocimiento **

Uso de officina nomas

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

_____ Individo nego a firmar

_____ La barrera de comunicaciones prohibió obtener el reconocimiento

_____ Otro (Por favor especifica)