

Elite Podiatry, PLLC

13838 S. 46th Place, #210 Phoenix, AZ 85044
16841 N. 31st Avenue, #134 Phoenix, AZ 85053
1870 W. Frye Rd., #1 Chandler, AZ 85224
(480) 213-3011-oficina (480) 816-4483-fax

Fecha: _____ **Correo Electronico:** _____

Nombre. _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Direccion: _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telephono de Casa: _____ **Celular** _____ **Sex:** M F

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: _____ **Telephono :** _____ **Relacion:** _____

(fuera de casa)

Doctor Familiar: _____ **Telephono:** _____ **Direccion :** _____

Informacion de Seguranza:

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

Nombre en la Poliza: _____ **Grupo#** _____

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

Nombre de Seguranza (Secondaria): _____ **Poliza/ID#:** _____

Nombre en la Poliza: _____ **Grupo#** _____

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

Historia Medico: Farmacia: _____

 Diabetis **Presion** **Cardio Patia** **Pulmonar** **Higado**
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 ** John McGhan, DPM

13838 S. 46th Place, #210 16841 N. 31st Avenue, #134 1870 W. Frye Rd, #1

Phoenix, AZ 85044 Phoenix, AZ 85053 Chandler, AZ 85224

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

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 que figura a continuación para pagar al cesionario del proveedor que figura en la lista. 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 ** John McGhan, 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 oficina 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:

_____ Individuo nego a firmar

_____ La barrera de comunicaciones prohibió obtener el reconocimiento

_____ Otro (Por favor especifica)