



# CHICAGO FOOT & ANKLE

Podiatric Medicine & Surgery

Charles Allen, D.P.M.  
Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Board Certified in Foot Surgery

## BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El Nombre de Paciente		# De Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado
		Código Postal	
# De Teléfono de Casa	# De Celular	# de trabajo	Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado
Nombre de su Trabajo		Ocupación	
Nombre de Esposo/a		Nombre de Padre(sí es menor)	
Contacto en Caso de Emergencia		Número de Teléfono	

### INFORMACIÓN DE SEGURO

NO SEGURO

Nombre de Póliza de Seguros Primaria	Nombre de la Persona Responsable de esta Cuenta	Fecha de Nacimiento
Otras Pólizas de Seguros	Nombre de la Persona Responsable de esta Cuenta	Fecha de Nacimiento

El paciente es él:  Asegurado  Esposo/a  Depende

### INFORMACIÓN DE ACCIDENTE O LESIÓN DE TRABAJO

NO ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO O UN ACCIDENTE

Fecha de la Lesión	Tipo de Lesión: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Otro	¿Ha sido presentada una reclamación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
# De reclamo	# De contacto	

### INFORMACIÓN DEL DOCTOR PRIMARIO Y FARMACIA

Dr. de Familia	Dirección	# De Teléfono
Farmacia	Dirección	# De Teléfono
Podiatra Previo	Dirección	# De Teléfono
¿Quién le recomendó nuestra clínica?		

### ¿QUÉ PROBLEMA TIENE EN SUS PIES?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

Yo autorizo que mi seguro medico le pague directamente al médico. Entiendo que la oficina del médico le cobre a mi seguro como una cortesía y que yo soy responsable de todos los co-pagos, deducibles y servicios no cubiertos. Yo autorizo le entrega de información requerida para procesar mi reclamo. Todas los co-pagos serán cobrados en el día de servicio.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_