

● STAMFORD PODIATRY GROUP, PC ● INFORMACION DEL PACIENTE
(Por favor conteste todas las preguntas!)

DR: _____ FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE:(M) _____ INIC: _____ APELLIDO _____

DIRECCION _____ APT# _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

TELEFONO (____) _____ EDAD: _____ FECHA de NACIMIENTO: _____ SEXO _____

ESTADO CIVIL: _____ # SEG. SOCIAL _____

SITIO de EMPLEO: _____ TEL del TRABAJO:(____) _____

NOMBRE ESOSO/A: _____ SITIO de EMPLEO: _____ TEL del TRABAJO:(____) _____

Si el Paciente es un Menor, Quien es Responsable? Nombre: _____ Direccion: _____

TEL del TRABAJO de Persona Responsable _____ # del Celular: _____

A QUIEN AGRADECEMOS POR REFERIRLE? _____

POR FAVOR PERMITA QUE HAGAMOS COPIAS DE SU TARJETA DE SEGURO SEGURO

PRIMARIO: _____ # POLIZA _____ # de GRUPO _____ Dueño Poliza _____

SEGURO ADICIONAL: _____ # POLIZA _____ # de GRUPO _____ Dueño Poliza _____

MOTIVO POR SU VISITA: _____

NOMBRE Y DIRECCION DE SU DOCTOR _____

ESTA BAJO ALGUN TRATAMIENTO? ()SI ()NO , Si SI POR FAVOR EXPLIQUE _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO? ()SI ()NO Si SI POR FAVOR EXPLIQUE _____

HA TENIDO ALGUNA OPERACION? ()SI ()NO Si SI POR FAVOR EXPLIQUE _____

ESTA UD. EN SERVICIO ACTIVO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS EE.UU.? SI () NO ()

ALTURA _____ PESO _____ TALLA de ZAPATO _____

SOY ALERGICO/A - Por Favor MARQUE ()NOVOCAINA ()ASPIRINA ()CODEINA ()ADHESIVO ()PENICILINA ()DEMEROL
()YODO ()SULFA ()METHIOLATE ()OTRO _____

TIENE ALGUN PROBLEMA MEDICO O CONDICION QUE DEBERIAMOS SABER?

()HEPATITIS ()DIABETIS ()HIV ()ANEMIA ()TENDENCIA a SANGRAR ()CANCER ()FLEBITIS ()ARTRITIS ()GOTA
()ALTA PRESION ()EPILEPSIA ()DERRAME CEREBRAL ()ULCERA GASTRICA ()ASMA ()TUBERCULOSIS
()CIRCULACION POBRE ()OTROS _____

NOMBRE Y DIRECCION DE FAMILIAR CERCANO QUE NO VIVA CON UD. _____

YO AUTORIZO EL USO DE ESTA FIRMA PARA LAS FACTURAS. FIRMA _____

HABRA UN CARGO SI LAS CITAS NO SON CANCELADAS CON 24 HORAS DE ANTELACION

SI NO HUBO UN ARREGLO PREVIO, EL PAGO ES REQUIRIDO DESPUES DE CADA VISITA

STAMFORD PODIATRY GROUP, P.C.

24 THIRD STREET STAMFORD, CT 06905-5195
TELEPHONE: 203 323 1171 FACSIMILE: 203 323 4649
www.stamfordpodiatry.com

MICHAEL L. SABIA, JR., D.P.M., DABPOPPM
MARISSA GIROLAMO, D.P.M., FACFAS

FRANCISCO LAGO, D.P.M., FACFAS
RUI DEMELO, D.P.M., FACFAS

NUESTRAS REGLAS FINANCIERAS

Usted nos debe notificar de cualquier cambio a su direccion de hogar, numero telefonico, y informacion de seguro.

COPAGO - Se requiere coleccionar su copago en el momento de servicio. Por favor este preparado para pagar en cada visita.

GASTOS ADMINISTRATIVOS- Los pacientes seran facturados un cargo de \$10.00 si el pago aplicable(incluyendo el copago) no es hecho el mismo dia de servicio.

- **CITAS PERDIDAS**- Si no puede venir a su cita es su obligacion de darnos una notificacion 24 horas antes. De no hacerlo se le cobrara un cargo de \$85 por una cita regular y \$125 por una cita extendida.

CARGOS FINANCIEROS- Un cargo mensual de 1.25%, que es un porcentaje anual de 15% es agregado a cualquier balance no pagado despues de 90 dias.

REFERENCIAS- Si su plan requiere una referencia de su medico de atencion primaria es SU responsabilidad de obtenerla antes de su cita. Si no tiene su referencia es requisito firmar una renuncia financiera haciendolo responsable por la factura , si no tendra que cambiar su cita para otra fecha.

PAGO PROPIO Y PLANES NO PARTICIPANTES- Los pagos son esperados en el mismo dia de servicio al menos que halla hecho otro arreglo financiero antes de la visita. Su recibo debe ser mandado junto con la forma de seguro que lo reembolsaran directamente.

MEDICARE - Enviaremos a Medicare solo la cantidad que Medicare permite. El paciente sera responsable por el deducible y el 20% de co-seguro; no hay cobertura de seguro secundario.

AVISO DE PRIVACIDAD- En esta oficina es nuestra intencion tratar al paciente profesionalmente y darle el mejor tratamiento posible de pies. Durante el curso de su tratamiento puede ser que nosotros vallamos a compartir su informacion medica o personal con otros profesionales dentro o fuera de la oficina. En algunos casos la informacion puede ser mandada fuera de esta oficina por razones de las transcripciones. Compartiremos esta informacion solo si es necesario y se mantendra en estricta confidencialidad para proteger su identidad.

Aceptamos CASH, CHEQUES, MASTERCARD, VISA, AMEX Y DISCOVER

Gracias por tomarse su tiempo y leer nuestras reglas. Por favor no dude en preguntarnos cualquier pregunta o compartir con nosotros preocupaciones especiales.

[] POR FAVOR MARCAR: YO AUTORIZO QUE LA OFICINA ME DEJE MENSAJES SOBRE MI TRATAMIENTO.

PERSONA RESPONSABLE

FIRMA: _____ FECHA: _____

STAMFORD PODIATRY GROUP, P.C.

24 THIRD STREET STAMFORD, CT 06905-5195
TELEPHONE: 203 323 1171 FACSIMILE: 203 323 4649
www.stamfordpodiatry.com

MICHAEL L. SABIA, JR., D.P.M., DABPOPPM
MARISSA GIROLAMO, D.P.M., FACFAS

FRANCISCO LAGO, D.P.M., FACFAS
RUI DEMELO, D.P.M., FACFAS

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

DE

AVISO DE PRACTICA PRIVADA

Yo reconozco que fui ofrecido una copia de el Aviso de Practicas Privadas y que he leído (o que tuve la oportunidad de leerlo si así lo preferi) y entendi el aviso.

Nombre de el Paciente(En letra de imprenta)

Fecha

Pariente o Persona Autorizada

Firma