



Tri-City Podiatry Group

Dr. James Han, DPM · Dr. Drew Allen, DPM
2119 El Camino Real, Oceanside, CA 92054 · Phone: (760) 757-3070 · Fax: (760) 757-7139

DEMOGRAFIA

Nombre:		M.I.:	Apellido:		Numero de Seguro Social:
Recordatorio de llamada telefónica para citas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono:	Celular:
Dirección de envío:			Apartamento:	Cuidad:	Estado: Codigo Postal:
El médico de cabecera:		Teléfono de médico:		Podólogo pasado:	Fecha de la última visita:
Ocupación:		Empleador:		Dirección de correo electronico @:	
Teléfono: contacto de emergencia:		Nombre de emergencia & Relation al Pacente:		Fecha de la última visita:	

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Compania de Aseguranza:	Tipo: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Supplement	No de Subscriber:	No de Grupo:
--	---	--------------------------	---------------------

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de Compania de Aseguranza:	Tipo: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Supplement	No de Subscriber:	No de Grupo:
--	---	--------------------------	---------------------

SEGURO TERTIARIO

Nombre de Compania de Aseguranza:	Tipo: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Supplement	No de Subscriber:	No de Grupo:
--	---	--------------------------	---------------------

RECONOCIMIENTO: RECIBO DE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES Y POLÍTICAS DE LA OFICINA

Yo o mi agente autorizado recibí una copia de Tri-City Podiatry Group's Notice of Privacy Practices eficaz April 14th, 2003. Entiendo que al firmar esto estoy de acuerdo en Tri-City Podiatry Group's Office Policies y Notice of Privacy Practices.

POLÍTICAS DE LA OFICINA

- Entiendo que soy responsable de pagar mi factura y pagar mi copago en el momento de mi visita.
- Autorizo la divulgación de información y uso de este formulario a todas mis compañías de seguros.
- Autorizo a mi médico a actuar como mi agente en obtener el pago de mi compañía de seguros
- Entiendo que soy responsable de actualizar la oficina de cualquier cambio de seguro, dirección, o cambios de número de teléfono changes.

Nombre (imprensa):	Firma del paciente:	Fecha:
Nombre del agente autorizado (Legal Guardian/Parent/Caregiver):	Firma del agente autorizado:	Fecha: