

DR. Alan Robbins, DPM

Fecha: _____

Informacion de Paciente

Nombre _____ Numero De Seguro Social _____

Domicillo _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de telefono _____ Numero de Celular _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Alturas _____ Peso _____

Estada Civil: Soltero Casado Divorciado Vuido

Lugar de Empleo _____ Ocupacion _____

Numero de Trabajo _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Numero de Telefono _____ Parentesco _____

Informacion De Seguro

Nombre de Seguro _____ Direccion _____

de Politica _____ # de Grupo _____ # De Telefono _____

Partido Responsable

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Informacion de Proveedor Refiriendo

Nombre _____ # de Telefono _____

Razon Por su Visita _____

Assignment Of Benefits

Yo por lo presente asigno a Alan E. Robbins DPM , cualquier seguro continua los beneficios del seguro y/o otras Fuentes del pago relacional a la cuenta para los servicios y los bienes que Alan E. Robbins DPM me proporcionado y/o en mi peticion. Lo dicho que el seguro continua los beneficios del seguro y/o otras Fuentes de pages no son pagaderos directamente al Dr. Alan E. Robbins DPM en caso de que Alan E Robbins DPM reciva el dicho que el seguro Continua los beneficios del seguro y/o otras Fuentes del pago dentro de espacio de tiempo razonable yo comprendo que soy obligado pagar cualquiera de La cuanata tan pagada por el dicho que el seguro contiua beneficios de seguroy/o otras Fuentes de pago.

Firma _____

Fecha _____

TODA LA INFORMACION ES PRIVADA Y CONFIDENCIAL

HISTORIA MEDICAL: (INDIQUE QUE A TENIDO)

Enfermedad cardiaca	Enfermedad de Rinon	Depresion
Enfermedad de Higado	Cancer	VIH/SIDA
Diabetes	Hipertension	Hepatitis
Golpe	Enfermedad de Tiroides	Hinchadura
Enfermedad Pulmonar	Otro (favor de anotar) _____	
TB	_____	

CIRUGIA PASADA (FAVOR DE ANOTAR)

ENFERMEDAD FAMILIAR (FAMILIA MAS CERCA)

Cancer
Enfermedad Cardiaca
Polipos de Dos Puntos

Medicina

Alergias

Habitos (FAVOR DE ANOTAR MEDIDAS)

CAFÉ	FUMA
TE	ALCOHOL
SODA	

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Comprendo eso. Bajo la Transportabilidad de Seuro de andromeda & el Acto de la Reponsabilidad de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi information protegida de al salud. Comprendo que esta information puede y sera utilized a:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los multiples proveedores de asistencia sanitaria que pueden ser implicates en ese tratamiento directamente I indirectamente.
- Obtener el pago de pagadores terceros.
- Realicar las operaciones normales de asistencia sanitaria como evaluaciones de calidad y certificaciones medicas.

He sido informado por usted y por su Nota de las Practicas de la Intimidad que contienen una desription mas completa de los usos y revelaciones de mi information de la salud. He sido dado el derechos de revisar tal Nota de Practicas de Intimidad antes de firmar este consentimiento. Comprendo que esta organization en tiempo en la direccion de bajo de cambiar la Nota de Practicas de Intimidad de vez en cuando y que puede contactar esta organization en tiempo el la direccion abajo para obtener una copia actual de la Nota de Practicas de la Intimidad.

Comprendo que puede solicitar en al escritura que usted retringe como mi information privada es utilized o es revelada para llevar a cabo el tratamiento, la operacion del pago o la asistencia medica, yo tambien comprendo que usted no required a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si usted concuerda el usted tiene que respetar tales resticciones.

Comprendo que puede revocar este consentimiento en la escritura en tiempo, menos a la extension que usted ha tomado medidas dependiendo de este consentimiento

Nombre de Paciente: _____

Firma: _____

Parentesco al Paciente: _____

Fecha: _____