

RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A.
2909 SOUTH HAMPTON ROAD SUITE F132
DALLAS TX 75224
214-330-9299

NUEVA INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO: (____) _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: (____) _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO (PORTAL PARA EL PACIENTE): _____

PREFERENCIA DE CONTACTO: (Por favor marque todas las que aplican) Llamada (Telefónica) _____
Mensaje de texto _____ Correo electrónico _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTADO MARITAL: _____ SEXO: _____

SU EMPLEADOR: _____ TELEFONO (____) _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ POSTAL: _____

TALLA DE ZAPATO: _____ ANCHO DE ZAPATOS: N M W ¿CUÁNTO PESA?: _____ ¿ALTURA?: _____

¿DEPORTE O OCUPACION?: _____ CALZADO DIARIO: _____

INFORMACION DE SU SEGURO:

(POR FAVOR MARQUE EL SEGURO EN LA CATEGORIA QUE APLICA)

MEDICARE _____ MEDICAID _____ WORKER'S COMP _____ SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DE SU TRABAJO _____

1) NOMBRE de SEGURO PRIMARIO: _____

I.D.#: _____ GRUPO #: _____

NOMBRE/RELACION del ASEGURADO: _____ FECHA de NACIMIENTO del ASEGURADO: _____

2) NOMBRE de SEGURO SECONDARIO: _____

I.D.#: _____ GRUPO #: _____

NOMBRE/RELACION del ASEGURADO: _____ FECHA de NACIMIENTO del ASEGURADO: _____

Por favor circule su respuesta de las siguientes preguntas requeridas para uso útil conforme a la ley confidencial:

LANGUAGE: *Inglés / Español*

ETNICIDAD: *Hispano o Latino / No-Hispano o Latino*

RAZA: *Indio Americano o Nativo de Alaska / Asian / Black or African American / Latino or Hispanic / Native Hawaiian / Other Pacific Islander / White*

QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO O A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO A NUESTRA OFICINA? _____

LA AUTORIZACION PARA PAGAR LOS BENEFICIOS A MI CIRUJANO: YO PONGO A DISPOSICION LA AUTORIDAD A RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A. TODOS MIS DERECHOS, TALES COMO EL INTERES AMI REEMBOLSO MEDICO BAJO LOS BENEFICIOS DE MI POLIZA DE SEGURO CON LISTA CORRIENTE PARA SER OBTENIDA DE MI FARMACIA.

Tambien doy el consentimiento de mi [Iniciales] _____

Nombre de farmacia / calle / ciudad _____ **# de Telefono** _____

AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DEBE HACERSE DIRECTAMENTE A RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A.:

FIRMA: _____ **FECHA:** _____