

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:** \_\_\_\_\_