

Bienvenido

Dr. Steven Barkoff

Especialista De Los Pies

WWW.WilliamsburgFootCare.com

Informacion Del Paciente

(Por favor, brinde tanta informacion como sea possible asi que major ayudarle)

Fecha de hoy: ____/____/____ Hombre Mujer Edad _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
Direccion: _____ Apartamento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Otro

Telefono de su casa (____) _____ Telefono de trabajo(____) _____

Telefono Cellular (____) _____ Email: _____

Cual es su ocupacion? _____ Ninguno

Lugar de trabajo: _____

Medico De Familia Nombre del Doctor: _____ Telefono:(____) _____

Fecha aproximada la ultima vez que vio a su Doctor _____ / _____ / _____

Informacion De Seguro De Salud

Seguro primero: _____ Numero: _____

El yo Cónyuge Nino/Nina

Seguro Secundario: _____ Numero: _____

El yo Cónyuge Nino/Nina

Tuvo usted la Atencion de Doctor de los pies anterior? Si No

En caso afirmativo, Nombre del Medico: _____ Fecha: _____

Tratamiento: _____

WWW.WilliamsburgFootCare.com

Dr. Steven L. Barkoff

Especialista De Los Pies

Consentimiento

Yo doy permiso al médico para administrar y llevar a cabo estos procedimientos que se consideren necesarias en el diagnóstico y / o tratamiento de mis pies y los tobillos.

Firma en el archive

1. Yo autorizo a mi doctor para usar mi nombre en todas las reclamaciones de seguros o de los documentos que se refieren a los beneficios del seguro de salud debido a mí o mis dependientes.
2. Yo autorizo la entrega de cualquier información relacionada con las reclamaciones a todos mis compañías de seguros o de otras partes interesadas.
3. Yo autorizo a mi medico para actuar como mi agente que me ayudarán a obtener el pago de mis companies de seguros
4. Yo autorizo el pago de beneficios de salud de otro modo pagadero a mí, directamente a mi doctor.
5. Yo entiendo que soy responsable por mi cuenta y se compromete a pagar todos los cargos por servicios y artículos que me proporcionaron.
6. Yo permit que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original

X _____

Firma

Fecha De Hoy

Nombre (por favor escriba)

Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que me proporcionó una copia de la notification de practicas de privacidad y que he leído(o tuvo la oportunidad de leer si asi lo desean) y entender el anuncio de

X _____

Firma

Fecha De Hoy

Nombre (por favor escriba)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Su Historial de Salud:

Decirme cuál es molestar a tu pies?

Tiene usted alguna de las siguientes condiciones medicas?

(Marque todas las que se aplican)

Artritis	Problemas Oculares	La atencion Psiquiatrica
Anemia	Enfermedades del Corazon	Alta Presion
Asma	Hepatitis	Problemas de circulacion
Cancer	Diabetes	Problemas de riñones
Epilepsia	Problemas respiratorios	Problemas de higado
Derrame cerebral	Tiroides	Problemas Gastrointestinales

Otros _____

Tiene alguna alergias?

(Marque todas las que se aplican)

Penicilina	Asprina	Sulfa
Codeina	Yodo/Mariscos	Anestesticos locales
Tape	Otros _____	

Que medicamentos esta tomando actualmente?

(por favor, la lista de sus nombres)

Su Historial de Salud:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Cómo se utilize:

Cigarrillo/Tobaco

Alcohol

Drogas ilegales

Alguna vez ha tenido algún tipo de cirugía o procedimiento en cualquier parte de tu cuerpo? No Si

(Si caso afirmativo, Que tipo?, Y fecha aproximada)

Alguna vez ha estado hospitalizado? No Si

(En caso afirmativo, Por que razón, Y fecha aproximada)

Hay una historia familiar de:

(marquee todas las que se aplican)

Diabetes

Cáncer

Problemas del corazón

Los pies

Otros: _____

231 South 3rd Street

49-02 Queens Boulevard

Brooklyn, NY 11211

Woodside, NY 11377

Phone 718 599-0505

718 424-4646