

# Felix Sigal, D.P.M.

PODIATRIC SURGERY

3875 WILSHIRE BLVD., SUITE 307

LOS ANGELES, CA 90010

PHONE : (213) 365-0793

FAX: (213) 365-0794

## INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA \_\_\_\_\_

Sr.

Sra.

Sta.

EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE

SEGUNDO

APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SOLTERO/A

CASADO/A

SEPARADO/A

DIVORCIADO/A

VIUDO/A

NOMBRE DEL GUARDIAN

(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CALLE

APT

CIUDAD

POSTAL

NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO \_\_\_\_\_

NUMERO DE CELULAR \_\_\_\_\_

NUMERO DE LICENCIA \_\_\_\_\_

PACIENTE EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESPOSO/A \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE

SEGUNDO

APELLIDO

ESPOSO/A EMPLEADO

POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

REFERIDO POR \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

## ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Yo asigno todo los beneficios de aseguransa al Dr Felix Sigal. Estoy de acuerdo que soy responsable por todo los cargos financieros aunque si o no sean cuviertos por mi aseguransa. Comprendo que la oficina del Dr. Sigal no es responsable de estar pendiente de todo los beneficios y dectuctibles que mi aseguransa requiere. Yo autorizo que el doctor tiene derecho a disponer toda la información necesaria para obtener pago de mi aseguransa. Yo doy consentimiento para examinacion, tratamiento y cobros a la aseguransa. Yo autorizo que recados de confirmacion de cita sean dejados con cualquier familiar o en mi maquina de mensajes en el ivento que yo no me encuentre en casa.

TODO EN ACUERDO CON LAS REGLAS DE LA ASOCIACION HIPPA.

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**RECONOSIMIENTO O RECIBO DE NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

YO E RECIBIDO UNA COPIA DE LA NOTIFICACION QUE DISPONE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA PRACTICA MEDICA. ENTIENDO QUE UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACION SERA VISIBLE EN LA ARIA DE ESPERA Y QUE YO SERA OFRECIDO/A OTRA COPIA SI HAIGA ALGUN CAMBIO.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
PACIENTE/GUARDIAN

PRINT NAME: \_\_\_\_\_

**SI NO ES FIRMADO POR EL PACIENTE, POR FAVOR EXPLIQUE:**

RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**Haga una lista de los medicamentos que esté tomando:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

**Alérgico a algún medicamento?**

NO \_\_\_\_\_

YES - PLEASE DETAIL: