

Neil H. Hecht, D.P.M
Diplomate, American Board of Podiatric Surgery
Diplomate, American Board of Podiatric Orthopedics

Información Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Número De Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil S C V D

(*Opcional) Rasa: _____ Etnicidad: _____ Lenguaje Preferido _____

Correo Electrónico: _____

Le Gustaría Recibir Recordatorios Sobre Sus Citas Por Correo Electrónico: Si / No

Referido Por: _____

Doctor General: _____ Numero De Teléfono: _____

Número De Licencia: _____ Estado: _____ Numero De Seguro Social: _____

Ocupación: _____ Empleado por: _____

Dirección De Trabajo _____ Teléfono De Trabajo _____

Nombre De
Asegurancia Medica: _____ ID#: _____ Grupo: _____

Relación Del Paciente Al Asegurado: Uno Mismo Cónyuge Hijo Otro. Nombre Del Asegurado _____

¿Como Pagara Los Servicios Médicos De Hoy? Efectivo Cheque Tarjeta De Crédito
(Esto Incluye Deducibles Que No Han Sido Pagados, Co-Pagos, Servicios Que No Cubre Su Asegurancia E Instrumentos Estrelizados)

En Caso De Emergencia A Quien Podemos Contactar: _____

Numero De Telefono De Contacto De Emergencia: _____

Podiatra Previo: _____ Número De Telefono _____

Rayos X Más Recientes: _____

Por este medio yo le doy permiso a Dr. Hecht que administre cualquier tratamiento que sea necesario para mi diagnostico. Yo por la presente autorizo a Dr. Hecht que proporcione información a terceros grupo/ y a mi asegurancia interesados en mi enfermedad y firmare todos los pagos para los servicios profesionales y beneficios proporcionados por el doctor.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al paciente si es padre o guardián _____