



POR FAVOR TENGA SU TARJETA MÉDICA DISPONIBLE PARA LA RECEPCIONISTA

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa () _____ Celular () _____

Femenino / Masculino Estado civil S C V D Seguro Social # _____

Correo Electrónico _____
(Recordatorios, Cartas Informativas, Estados de Cuenta, Etc.)

Método de Contacto Preferido

Northern Illinois Foot & Ankle Specialist tiene un sistema nuevo donde puede recibir sus recordatorio sobre sus citas.

Cual es su método preferido de comunicación: Correo Electrónico Mensaje de texto

DOCTOR PRIMARIO/INFORMACIÓN DE REFERIDO

Médico Primario _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Fecha de última visita _____

Referencia Médica (Nombre) _____ Referencia previa de paciente (Nombre) _____

¿Cómo se enteró de Northern Illinois Foot & Ankle Specialist? (seleccione uno)

Cartelera / Oficina / Sitio web / Aseguranza / Evento / Otro _____

POR FAVOR CONTACTE SU ASEGURANZA MÉDICA ANTES DE SU CITA PARA VERIFICAR SUS BENEFICIOS

Compañía de aseguranza _____ Titular de la póliza _____ DOB _____

Deducible _____ Co-Seguro _____ Copago _____ Seguro Social # _____

Aseguranza Adicional _____ Titular de la póliza _____ DOB _____

Deducible _____ Co-Seguro _____ Copago _____ Seguro Social # _____

EN CASO DE EMERGENCIA, ¿a quién se le notificará?

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Al firmar, da su permiso a los médicos de Northern Illinois Foot & Ankle para evaluar, diagnosticar y con su aprobación, tratar mi(s) condición(es) de pie y/o tobillo

Firma _____ Fecha _____



POR FAVOR TENGA SU TARJETA MÉDICA DISPONIBLE PARA LA RECEPCIONISTA

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

Femenino / Masculino Seguro Social # _____

Correo Electrónico _____
(Recordatorios, Cartas Informativas, Estados de Cuenta, Etc.)

Nombre del Padre _____ Nombre de Madre _____

Dirección _____ Dirección _____

Seguro Social # _____ Seguro Social # _____

Teléfono Celular _____ Teléfono Celular _____

Método de Contacto Preferido

Northern Illinois Foot & Ankle Specialist tiene un sistema nuevo donde puede recibir sus recordatorio sobre sus citas.

Cual es su método preferido de comunicación: Correo Electrónico Mensaje de texto

DOCTOR PRIMARIO/INFORMACIÓN DE REFERIDO

Médico Primario _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Fecha de última visita _____

Referencia Médica (Nombre) _____ Referencia previa de paciente (Nombre) _____

¿Cómo se enteró de Northern Illinois Foot & Ankle Specialist? (seleccione uno)

Cartelera / Oficina / Sitio web / Aseguranza / Evento / Otro _____

POR FAVOR CONTACTE SU ASEGURANZA MÉDICA ANTES DE SU CITA PARA VERIFICAR SUS BENEFICIOS

Compañía de aseguranza _____ Titular de la póliza _____ DOB _____

Deducible _____ Co-Seguro _____ Copago _____ Seguro Social # _____

Aseguranza Adicional _____ Titular de la póliza _____ DOB _____

Deducible _____ Co-Seguro _____ Copago _____ Seguro Social # _____

EN CASO DE EMERGENCIA, ¿a quién se le notificará?

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Al firmar, da su permiso a los médicos de Northern Illinois Foot & Ankle para evaluar, diagnosticar y con su aprobación, tratar mi(s) condición(es) de pie y/o tobillo

Firma _____ Relación _____ Fecha _____