Dr.Aamir Ahmed DPM
Dr. Venkatramesh Medapati DPM
2001 N McArthur Blvd Suite 300
Irving TX 75061
P: 972-254-0680 F: 972-254-0683

Infomacion del Paciente

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Sexo : F M**
Dirreccion: _____**Ciudad:** _____ **Estado:**_____ **Codigo:** _____
Numero Telefonico: _____ **Numero de Trabajo:** _____ **Ext:** _____
Correo Electronico: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Nombre de Empleador: _____ **Ocupacion:** _____ **Fecha:** _____

Informacion del Primario de Aseguranza

Nombre del Primario: _____ **Apellido:** _____ **Sexo: F M**
Direccion: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo:** _____
Numero Telefonico: _____ **Numero de Trabajo:** _____ **Ext:** _____
Numerode Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Nombre de Empleo: _____ **Relacion:** _____

Informacion del Contacto de Emergencia

Nombre: _____ **Direccion:** _____
Numero Telefonico: _____ **Numero de Trabajo:** _____ **Ext:** _____

Explicacion de la Politica de pago y procedimientos de presentacion de seguros

Nuestra oficina se complace en ayudarle a presentar reclamaciones a su compania de seguros para el reembolso de estos gastos. Esperamos 90 dias para que su compania de seguros pague su reclamacion y si no lo hace, le daremos 30 dias para pagar el saldo.

1. El paciente es responsable de pagar cualquier deducible y copagos al momento de la prestacion de los servicios.
2. Cualquier parte de un monto fracturado que este marcada como no permitida o por encima de o razonable y habitual pasara a ser responsabilidad del pacienta.
3. Nuestra oficinanunca garantiza que su seguro lo cubra. Haremos todo lo posible desde el inicio a su atencion medica para verificacion correcta de los beneficios de su poliza. Sin embargo, si por alguna razon su reclamacion seguro es denegada usted es responsable del pago inmediato del monto adecuado en su cuenta.
4. No registramos el seguro para pacientes que no residan en Texas. Le proporcionaremos un recibo para que pueda obtener reembolso.

Entiendo y acepto todas las politicas anteriores. Autorizo a mis aseguradoras a pagar los beneficios directamente a Footcare-Centers. En caso de cualquier servicio pendiente que Footcare-Centers presente en mi nombre, entiendo tambien que Footcare-Centers no es resposable, en ultima instancia, de cobrar mi primera poliza de seguros ni de negociar la liquidacion de reclamaciones. Al firmar este formulario uster consiente el uso y la divulgacion de su informacion medica protegida para fines de tratamiento, pago y atencion medica por escrito, excepto en los casos en que hayamos realizado divulgaciones basandonos en su consetimiento previo. Este consentimiento se otorga libremnete con el entedimiento de que:

1. Todo y cada uno de los registros, ya sean escritos , orales o en formato electronico, son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi consetimiento previo, salvo que la ley disponga lo contrario.
2. Una fotocopia o fax de esta autorizacion tiene la mismma validez que este original.
3. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto cuando la informacion ya se haya divulgado. Este consentimiento es valido hasta que sea revocado por mien escrito.
4. Tengo derecho a solicitar que se restrinja el uso de mi informacion de salud protegida que se use o divulge con fines de tratamiento. Pago o operaciones de atencion medica. Footcare-Centers no esta sujeto a las restriccion a menos que este de acuerdo con ella.

Firma del Paciente, Padre o Agente: _____**Fecha:** _____