



**MARTIN FOOT  
AND ANKLE**

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ADULTOS

717-757-3537 o 1-800-456-0076

www.martinfootandankle.com

## Información del paciente

Apellido	Primer nombre	Inicial 2.º nombre	Número de teléfono ( )		<input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Celular
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Farmacia	Dirección de correo electrónico		Estado civil: <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Nunca se casó		
Empleador del paciente	Ocupación	Nro. de teléfono laboral ( )			
Raza (marque <u>una</u> opción, la que mejor se ajuste): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No contesta/desconocida <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico			Etnia: <input type="checkbox"/> Origen español/hispano <input type="checkbox"/> No es de origen español/hispano <input type="checkbox"/> No contesta/desconocida		
Idioma preferido (seleccione <u>uno</u> ): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> No contesta/desconocida					
¿Cómo nos conoció? <input type="checkbox"/> Internet/Redes sociales <input type="checkbox"/> Amigo/Pariente <input type="checkbox"/> Televisión			<input type="checkbox"/> Médico que hace la derivación Nombre _____ <input type="checkbox"/> Otro		

## Información del cónyuge (si procede)

Nombre del cónyuge	Fecha de nacimiento
Teléfono del cónyuge ( )	Empleador del cónyuge

## En caso de emergencia

Nombre	Número de teléfono ( )
--------	---------------------------

## Médico de familia

Nombre del médico de familia/médico generalista	Dirección	Número de teléfono ( )
---	-----------	---------------------------

Por la presente doy mi permiso para que todos los médicos de Martin Foot and Ankle administren el tratamiento y realicen los procedimientos que sean necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de mi dolencia de pie y/o tobillo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / representante / parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

### DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN:

Por la presente autorizo la tramitación del seguro médico por vía electrónica o manual por parte de MARTIN FOOT AND ANKLE. Con mi firma autorizo el pago de todas las prestaciones médicas y/o quirúrgicas principales a las que tengo derecho. Además, autorizo al cesionario a divulgar toda la información médica y/o de reclamación de seguros necesaria para garantizar el/los pago(s). Reconozco mi obligación financiera para el pago de cualquier coseguro o deducible y servicios no cubiertos que puedan ser requeridos. Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que yo lo revoque por escrito. La copia de este documento se considera tan válida como el original.

Las formas de pago son: Efectivo, cheque o tarjeta de crédito (débito, Visa, MasterCard, Discover, American Express y Care Credit)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / representante / parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

POS Reorder \_ 1023805