



Darryl E. Burns, DPM

Diplomat

American Board of Podiatric Surgery

**951 Blanco Circle
Suite E
Salinas, CA93940
(831) 422-0442**

Nombre: _____ Seguridad Social#: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ El estado _____ Teléfono _____

Código Postal _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Feminino _____ Femenina _____

Patrono _____ Teléfono de la Oficina _____

Cónyuge del Patrono _____ Trabajo del Cónyuge Empleo _____

A quien vamos a dar gracias por remitirle a nosotros? _____

Correo electrónico: _____

Es este problema relacionado _____ Empleo _____ Accidente _____

Médico de la familia _____ Fecha cuando lo ha visto _____

Alergias: _____

Medicinas que no puedes tomar: _____

A quién le vamos a llamar en caso de emergencia _____ Teléfono _____

Si el/la paciente es menor de edad, por favor hágase rellenar la siguiente:

Nombre: _____ Teléfono en la oficina _____

Seguridad Social# _____ Nombre del Cónyuge _____

Prima del Seguro _____ Tiene Ud. Co-de paga? _____

Ha pagado Ud. Todas sus deducciones? _____

Seguro Secundario _____

Por favor entréguese su tarjeta de seguro al recepcionista

Permito el uso de esta forma en todas mis transacciones a todos mis seguros de compañías. Comprendo que estoy responsable por mis transacciones. Permito también a mi médico como mi representante como arreglar mis obligaciones financieras de mis compañías de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____

Darryl E. Burns, D.P.M.
Cirugia, Medicina Y Lesión o Herida de Pié Y Tobillo

Reconocimiento de Recibo
De
Aviso de Consultaciones (Intimidades) Y Normas o Horas de Oficina

Reconozco que me han dado copia del Aviso sobre las consultaciones (de intimidad) y habia tenido la oportunidad de haberselo leído si lo he querido y ademas, comprendo el aviso. Es mi responsabilidad entregar a Dr. Burns cualquier beneficio médico que tengo (primario y secundario). Si no puedo cumplir todo eso despues de 72 horas, voy a pagar todos los servicios que me han concedido.

NUESTRA OFFICINA NO SE ENCARGA SEGURO-MEDICO

Si necesita Ud. forma(s) para rellenarse las siguientes serán el precio:

Cirugía de Paciente	Una forma es libre/gratis
Otras Formas	\$ 15.00 por adelantado

No tenemos la responsabilidad de mandar un fax ni enviarlo. Tendrá Ud. que recogerlas de nuestra oficina al finalizarse.

Imprimir Nombre del Paciente

Fecha

Padre o Representante Autorizado

Firma