

**Dr. Bruce T. Fox, D.P.M., P.A.**  
Specializing in Podiatric Medicine and Foot Surgery

**BIENVENIDO A FOX PODIATRY**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero del Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Sexo: MASCULINO                      FEMENINO                      Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Empleado: \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo: (    ) - \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 A quien tendremos que agradecer por su visita a nuestra oficina?  
 En caso de Emergencia a quien puedes contactar? \_\_\_\_\_ Phone: (    ) - \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*\*E-MAIL: \_\_\_\_\_ \*\*\*\*\*

**INFORMACION LEGAL DEL TUTOR (Si es Usted, Por Favor escriba "yo mismo")**

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Tutor: \_\_\_\_\_  
 Ciudad del tutor: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero del Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
 Numero de Teléfono #: (    ) - \_\_\_\_\_

**ASIGNACION Y ABSOLUCION**

Por este medio autorizo los pagos directamente a **BRUCE FOX DPM** por todos los beneficios de seguros, en otras palabras pagables a mi por servicios prestados. Yo comprendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, sea, o no pagado por el seguro, y por todos los servicios prestados a mi favor o sobre mis dependientes.

Yo comprendo que la reglas de pago de esta oficina es finalizar todos los arreglos financieros a tiempo de mi primera visita a la oficina. Tambien entiendo que mi cuenta debe ser

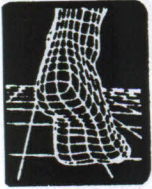
**PAGADA COMPLETAMENTE DENTRO DE 60 DIAS.**

Yo autorizo a **BRUCE FOX DPM** (El Proveedor De Servicios) de exonerar cualquier informacion medica requerida para el proceso del reclamo al seguro endeudables pagos de beneficios.

Yo autorizo el uso de esta firma sobre todos seguros.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



*Dr. Bruce T. Fox, D.P.M., P.A.*

Specializing in Podiatric Medicine and Foot Surgery

**HISTORIAL MEDICO**

Escriba todas las enfermedades que tenga (por ejemplo, Diabetes, Asma, Presion Alta, etc.):

---

---

---

---

---

Ha tenido operaciones en el pasado?

---

---

Indique medicamentos que este tomando:

---

---

---

Tiene alguna alergia a medicinas (por ejemplo, Penicilina, etc.) por favor indique:

---

---

**HISTORIAL SOCIAL**

Fuma? \_\_\_\_\_ (Por cuanto tiempo)? \_\_\_\_\_

Toma bebidas alcoholicas?      SI      NO

Usa alguna clase de drogas?      SI      NO

Hace ejercicios?                      SI      NO

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

