

# Foot & Ankle Clinic

Of Central Nebraska

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Inicial Medio Apellido

Numero de Seguro : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

Género: Hombre Mujer Nombre Preferido : \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle : \_\_\_\_\_ Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a (Por favor, circule uno)

Teléfono(Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono(Celular): \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviar un texto? Si o No

Teléfono preferido: Casa o Celular (Por favor, circule uno) ¿Podemos dejarle un mensaje?: Si o No

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono(Trabajo): \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado(Si no usted mismo): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado(Si no usted mismo): \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: Esposo/a o Padre

Nombre del Empleador Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Persona responsable del financiamiento (El Garante): \_\_\_\_\_  
(Sólo para Pacientes Menores de 19 Años)

Fecha de Nacimiento del Garante: \_\_\_\_\_ Relación del Garante: \_\_\_\_\_

Dirección del Garante: \_\_\_\_\_ Teléfono del garante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Paciente o Garante del Paciente si es Menor