



**VALLEY PODIATRIC**  
WOUND CARE

2900 FRESNO ST. #104, FRESNO CA 93721  
PHONE: (559) 570-5377 / FAX: (559) 570-5317

Laura Rowe, DPM  
Jeffrey Moy, DPM  
Deborshi Dasgupta, DPM

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE PILA: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA CALLE: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ EST: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CELULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO FEMENINO ESTADO SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDA  
(un círculo) MARCIAL: (un círculo)

**LIBERACIÓN DE CONTACTOS DE INFORMACIÓN** Autorizo a divulgar mis registros médicos a las siguientes personas: *Comprobar si Contacto de emergencia*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO**

**SEGURO SECUNDARIO**

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_

SUSCRIPTOR #: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

TEL #: \_\_\_\_\_ M F

SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_

SUSCRIPTOR #: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

TEL #: \_\_\_\_\_ M F

SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios:** Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tengo derecho, incluidos los programas gubernamentales, el seguro privado, los principales beneficios médicos y cualquier otro plan de salud a Valley Podiatric Wound Care. La asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar al paciente.

**Consentimiento de tratamiento:** Por la presente doy mi consentimiento para tratamiento médico o quirúrgico al Dr. Deborshi Dasgupta y asociados para cuidarme a mí mismo o estoy debidamente autorizado por el paciente como su agente general para dar su consentimiento para dicho tratamiento.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por la presente reconozco que los proveedores especializados de Valley Podiatric Wound Care a mi disposición su Aviso de prácticas de privacidad. Soy consciente de que se me ha entregado una copia impresa del aviso en este paquete. Además, reconozco que una copia del aviso actual está publicada en el área de recepción.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE POLÍTICA FINANCIERA**

Por la presente reconozco que los proveedores especializados en pie y tobillo de Valley Podiatric Wound Care a mi disposición su Política financiera. Soy consciente de que se me ha entregado una copia impresa de la política en este paquete.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_





2900 Fresno St. #104, Fresno CA 93721  
Phone: (559) 570-5377 / Fax: (559) 570-5317

LAURA ROWE, DPM  
JEFFREY MOY, DPM  
DEBORSHI DASGUPTA, DPM

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Consiente que las imágenes médicas (foto, video y/o audio) se hagan de mí. Entiendo que el información puede ser utilizada en mi expediente médico, con fines de enseñanza médica en Valley Podiatric Wound Care, o para su publicación en libros de texto o revistas médicas como he designado a continuación. Por esta fotografía médica entiendo que no recibiré el pago de ninguna parte. La negativa a dar su consentimiento a fotografías, videos y/o grabaciones de audio no afectará de ninguna manera la atención médica que recibiré. Si tengo alguna pregunta o deseo retirar mi consentimiento en el futuro, puedo comunicarme con el personal de Valley Podiatric Wound Care.

Al firmar el siguiente formulario, confirmo que este formulario de consentimiento me ha sido explicado en términos que entiendo.

Elija una de las siguientes opciones:

- Consiento que estas fotografías se utilicen en publicaciones médicas, incluyendo revistas médicas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Entiendo que la imagen pueden ser vista por miembros del público en general, además de los científicos y investigadores que utilizan regularmente estas publicaciones en su educación profesional. Aunque estas fotografías se utilizarán sin identificar información como mi nombre, entiendo que es posible que alguien me reconozca. También estoy de acuerdo en que mi imagen se muestre con fines didácticos en Valley Podiatric Wound Care y para ser utilizado en mi historial médico.
- Estoy de acuerdo en que mi imagen se muestre con fines didácticos y que se utilice para mi historial médico, pero NO para la publicación médica.
- Estoy de acuerdo con el uso de mi imagen sólo para registros médicos.
- No consiente que mi foto sea tomada

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_