

OFFICE USE ONLY:

ACCT. NO.

PHYSICIAN'S NAME

TODAY'S DATE

**PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE**  
**(MINOR / MENOR DE EDAD)**

NAME:  
(NOMBRE):

S.S.#:  
(S.S. #)

ADDRESS:  
(DIRECCION):

APT#:  
(APT#):

STATE:  
(ESTADO):

ZIP CODE:  
(CODIGO POSTAL):

SEX:  MALE  FEMALE  
(MASCULINO/FEMENINA):

AGE:  
(EDAD):

DATE OF BIRTH:  
(FECHA DE NACIMIENTO):

HOME PHONE:  
(TELEFONO DEL HOGAR):

WORK PHONE:  
(TELEFONO DEL EMPLEO):

EMPLOYER:  
(EMPLEADOR):

OCCUPATION:  
(OCUPACION):

WERE YOU INJURED AT WORK?  YES (SI)  NO (NO)  
(FUE LASTIMADO EN EL TRABAJO?):

DATE OF INJURY:  
(FECHA DEL ACCIDENTE?):

REASON FOR VISIT:  
(RAZON POR LA VISTA):

REFERRED BY:  
(REFERIDO POR):

PRIMARY CARE PHYSICIAN:  
(NOMBRE DEL MEDICO PRIMARIO):

PHONE:  
(TELEFONO):

DATE OF LAST TREATMENT:  
(ULTIMA FECHA DE TRATAMIENTO):

NAME OF SPOUSE:  
(NOMBRE DEL ESPOSO/A):

PHONE:  
(TELEFONO):

SPOUSE EMPLOYER:  
(EMPLEADOR DEL ESPOSO/A):

OCCUPATION:  
(OCUPACION):

**INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DEL SEGURO**

PRIMARY INSURANCE COMPANY NAME:  
(NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO):

HMO  PPO  OTHER   
(HMO) (PPO) (OTRO)

INSURED'S NAME:  
(NOMBRE DEL ASEGURADO/A):

INSURED'S DATE OF BIRTH:  
(FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO/A):

INSURED'S RELATIONSHIP TO PATIENT:  
(RELACION DEL ASEGURADO/A AL PACIENTE):

SELF  SPOUSE  CHILD   
(PACIENTE) (ESPOSO/A) (HIJO/A)

INSURED'S S.S. #:  
(S.S. # DEL ASEGURADOR/A):

POLICY #:  
(NUMERO DE POLIZA):

GROUP #:  
(NUMERO DE GRUPO):

IF POLICY IS THROUGH WORK, PLEASE PROVIDE THE INSURED'S EMPLOYER'S NAME:  
SI LA POLIZA ES POR EL EMPLEO, PORFAVOR DARNOS EL NOMBRE DEL EMPLEO:

SECONDARY INSURANCE COMPANY NAME:  
(NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO SECUNDARIO):

HMO      PPO      OTHER       
(HMO) (PPO) (OTRO)

---

INSURED'S NAME:  
(NOMBRE DEL ASEGURADO/A):

INSURED'S DATE OF BIRTH:  
(FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO/A):

---

INSURED'S RELATIONSHIP TO PATIENT:  
(RELACION DEL ASEGURADO/A AL PACIENTE):

SELF      SPOUSE      CHILD       
(PACIENTE) (ESPOSÓ/A) (HIJO/A)

INSURED'S S.S. #:  
(S.S. # DEL ASEGURADOR/A):

---

POLICY #:  
(NUMERO DE POLIZA):

GROUP #:  
(NUMERO DE GRUPO):

---

### INSURANCE AUTHORIZATION/AUTORIZACION DE SEGURO

I authorize the release of medical information necessary to process this claim. I also authorize and request payment of medical bills to the undersigned physician or subscriber described below:

Yo autorizo que todos mis documentos medicos pueden ser mandados cuando necesario para poder ser procesados. Tambien autorizo que paguen la deuda medica a:

Barry University Foot Care Centers  
11300 NE 2ND AVENUE  
MIAMI SHORES, FL 33161

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:  
(FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN):

DATE:  
(FECHA):

---

### FINANCIAL RESPONSIBILITY/GARANTIA DE PAGO

This information is accurate and true to the best of my knowledge. I accept full responsibility for any charges incurred for services rendered to me. All fees for services rendered are due at the time of service unless specific arrangements are made before hand. Although this clinic will make a sincere effort to cooperate with insurance billing and assignment, all fees are ultimately the responsibility of the patient or patient's legal guardian. Fees not paid within 60 days of the date of service shall be subject to a finance charge of 1.75% per month.

Yo certifico que toda esta informacion es correcta. Esta autorizacion, autoriza pago directo de beneficios medico a Barry University Foot Care Centers. Yo estoy de acuerdo que en el evento de que la compania de seguro or abogado se niegue a pagarle sere responsable for esta cuenta, y cualquier costo que pueda haber de abogados o agencias de colecciones. Los cargos delinquents por mas de 60 dias de la fecha de tratamiento seran sujetos a un cargo financiero de 1.75% cada mes.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:  
(FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN):

DATE:  
(FECHA):

---

### TREATMENT/TRATAMIENTO

I hereby apply for treatment by the Barry University Foot Care Centers. I understand that this is a teaching clinic and that students may participate in my care. I consent that photographs or videotapes may be taken for educational purposes.

Yo estoy de acuerdo de recibir tratamiento medico dado por Barry University Foot Care Centers. Yo comprendo que esta clinica es una clinica de educacion y estudiantes participaran en mi tratamiento. Yo doy mi consentimiento que tomen fotografias o video de mi caso para el proposito de educacion (si mi caso es nesesario).

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:  
(FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN):

DATE:  
(FECHA):

---