



COMPREHENSIVE FOOT & ANKLE, LLC
J. PALMER BRANCH, DPM

www.comprehensivefootandankle.net

How where you referred to our office?

A quien le damos las gracias por referirlo a nuestro consultorio? _____

Name/ Nombre: _____ Male Female Married Single Minor
First/ Nombre Last/ Apellido MI/ Inicial Hombre Mujer Casado(a) Soltero(a) Menor

Address/ Domicilio: _____
Street/ Calle Apt# City/ Ciudad State/ Estado Zip/CP

Telephone/ Telefono: _____
Home/ Casa Cell/Cellular Work/ Trabajo Email/ Correo electronico

Date of birth/ Fecha de nacimiento: _____ Age/ Edad: _____ SS# _____

Employer/ Lugar de empleo: _____ Address/ Direccion: _____

Occupation/ Posicion: _____ Spouse/ Parent's name/ Nombre de esposo(a) guardian: _____

Primary care physician/ Medico de cuidado primaria: _____
Name/Nombre Address/ Direccion

Telephone/ Telefono: _____ Date of last visit/ Fecha de ultima visita: _____

Emergency contact/ Contacto en caso de emergencia: _____ Telefono: _____

Responsible party (primary insurance carrier, if not self)/ Persona asegurada principal (si no es usted)

Name/ Nombre: _____ Address/ Direccion: _____

Telephone/ Telefono: _____ DOB/ Fecha de nacimiento: _____

Employer/ Lugar de empleo: _____ Address/ Direccion: _____

Position/ Posicion: _____ SS# _____

Authorization

I authorize Comprehensive Foot and Ankle, LLC to render treatment as deemed necessary by the physicians of the group. I authorize the release of any information, including the diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to my child or me during the period of such care, to third party payors and/or other health practitioners. I authorize payment for services rendered to be paid directly to Comprehensive Foot and Ankle, LLC. I agree to be responsible for payment of all services rendered to my dependents or myself. If an account is referred to an outside agency for collection, patients shall be liable for all costs of collection, and any attorney fees and court costs incurred by this office.

Autorizacion

Autorizo a Comprehensive Foot and Ankle, LLC hacer los tratamientos recomendados por el medico que sean necesarios. Otorgo al medico el derecho de soltar estas historias y otro informacion a personas pagadoras y otros profesionales medicas. La informacion en esta pagina y las historias son exactas que yo sepa. Autorizo psgo directo a Comprehensive Foot and Ankle, LLC de los beneficios de mi seguro. Entiendo que soy responsable de todo los costos de los tratamientos mios y de mis dependientes. Si mi cuents sea referida a una agencia de colecciones yo sere responsable de los gastos de coleccion , corte y abogado.

X _____ Date/ Fecha _____

Patient/ guardian signature/ Paciente o persona responsable