

**REGISTRO DE PACIENTES****INFORMATION DE PACIENTE:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Núm. de Celular: \_\_\_\_\_ Núm. de Trabajo: \_\_\_\_\_

correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino

Empleador: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tamaño del zapato: \_\_\_\_\_

**Estado civil (Seleccione con un Circulo):** Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a) / Compañero(a)**CONTACTO DE EMERGENCIA/ ENCARGADO/ INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE:**

Contacto de Emergencia / Encargado / Cónyuge Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**INFORMATION DE SEGURO MEDICO:**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Numero de identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

Nombre de Miembro Primario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Numero de Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_

Nombre de Miembro Primario: \_\_\_\_\_ Fecha de Miembro: \_\_\_\_\_

Relación del asegurado con el Paciente: \_\_\_\_\_

**REQUERIDO PARA TODOS LOS PLANES MEDICARE / MEDICARE HMO / REFERENCIA HMO:****Médico Primario:** \_\_\_\_\_**Dirección:** \_\_\_\_\_**Teléfono:** \_\_\_\_\_**Fax #:** \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de la última cita con el Medico Primaria: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE FARMACIA:

Todas las recetas deben enviarse electrónicamente. Si no tiene una farmacia preferida, su receta se enviará a nuestra farmacia predeterminada, que es la farmacia Capsule.

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento actualmente??  Si  No

## RAZÓN PARA LA VISITA DE HOY:

Indique qué problemas en los pies tiene actualmente. (Marque todo lo que corresponda)

Sinónimo actual	Izquierd a	Derech o	Sinónimo actual	Izquierd a	Derech o
Dolor de tobillo			Herida del pie		
Pie de atleta			Dolor en el talón		
Juanetes			Uñas encarnadas		
Callos / Callosidades			Verrugas plantares		
Diabético(a)			Hinchazón en tobillos / pies		
Pie plano			Pies cansados		
Calambres en los pies o piernas			Hongos en las uñas de los pies		

Otros: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO:** Indique si ha tenido alguno de los siguientes: (marque todos los que correspondan)

VIH/SIDA		Edema		Osteoporosis	
Anemia		Fibromialgia		Marcapasos	
Angina		Deformidad del pie		Enfermedad vascular periférica	
Artritis		Mordedura de escarcha		Poliomielitis	
Articulaciones Artificiales		Gota		Embolia pulmonar	
Asma		Dolor de cabeza		Enfermedad de Raynaud	
Dolor de espalda		enfermedad del corazón		Artritis reumatoide	
Trastornos hemorrágicos		Hepatitis		Convulsiones / Epilepsia	
Coágulo sanguíneo		Hernia		infarto cardíaco	
Cáncer		Hipertensión		Abuso de sustancias	
Arteriopatía coronaria		Nefropatía		Problemas tiroideos	
Trombosis venosa profunda		Úlceras en piernas o pies		Tuberculosis	
Diabetes		Enfermedad del hígado		Venas varicosas	
Diálisis		Enfermedad pulmonar		Otros:	

Cirugías / Hospitalización: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS: (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)**

Adhesivos/Cintas		Demerol		Novocaína	
Terapia anticoagulante		Yodo		Penicilina	
Aspirina		Látex		Mariscos	
Codeína		Anestésicos locales		Sulfa	

Otros: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL / (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)**

**Estado de tabaquismo:**

Nunca fumador \_\_\_\_\_ Ex fumador(a) \_\_\_\_\_ actual fumador (Todos los días) \_\_\_\_\_  
 actual fumador (algunos días) \_\_\_\_\_ Tabaco: años de uso: \_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol:**

Ninguno(a) \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_ Moderado(a) \_\_\_\_\_ Pesado(a) \_\_\_\_\_

**Actividad física / ejercicio**

Enumere todas las actividades / ejercicios físicos en los que participa y la frecuencia con la que se realizan: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para llamar**

Nuestra oficina ofrece llamadas telefónicas automatizadas a su teléfono móvil para funciones específicas como recordatorios de citas, resultados de pruebas y más. Marque una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ Sí, quiero recibir llamadas automáticas del consultorio.

\_\_\_\_\_ No, no quiero recibir llamadas automáticas del consultorio.

**Practicar el consentimiento**

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Doy mi permiso al médico para que administre y realice los procedimientos que se consideren necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento de mis pies.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD****CUMPLIMIENTO DE HIPAA****RECONOCIMIENTO DEL ACUERDO**

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información de salud y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente. En **FOOTDR<sub>x</sub>**, siempre hemos mantenido su información médica segura y confidencial. La ley federal requiere que usemos o divulguemos su información médica a aquellos involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su expediente por otro médico que podamos involucrar en su atención. Podemos divulgar su información médica para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un informe de su progreso a su compañía de seguros. Podemos usar o divulgar su información médica para nuestras operaciones normales de atención médica. Por ejemplo, uno de nuestros empleados introducirá su información en nuestro ordenador. Podemos compartir su información médica con nuestros socios comerciales, como un servicio de facturación. Tenemos un contrato escrito con cada socio comercial que requiere que protejan su privacidad. Podemos usar su información para contactar con usted. Por ejemplo, podemos llamar para confirmar sus citas. Como es posible que necesitemos ponernos en contacto con usted de vez en cuando, usaremos cualquier dirección o número de teléfono que prefiera. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que contesta el teléfono. En una emergencia, podemos divulgar su información médica a un familiar u otra persona responsable de su cuidado. Podemos divulgar parte o toda su información médica cuando así lo exija la ley. Si se vende esta práctica, su información pasará a ser propiedad del nuevo propietario. Excepto como se describió anteriormente, esta práctica no utilizará ni divulgará su información médica sin su autorización previa por escrito. Usted puede solicitar por escrito que no usemos o divulguemos su información médica como se describe anteriormente. Le informaremos si podemos satisfacer su solicitud. Usted tiene derecho a saber de cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales anteriores. Usted tiene derecho a transferir copias de su información médica a otra práctica. Le enviaremos sus archivos por correo. Usted tiene derecho a ver y recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Danos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si también desea una copia de sus registros, podemos cobrarle una tarifa razonable. Usted tiene derecho a solicitar una modificación de su información médica. Dénos su solicitud de modificación por escrito. Incluiremos su archivo. Si aceptamos una enmienda, no eliminaremos, ni modificaremos documentos anteriores, sino que añadiremos nueva información. Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos cualquiera de los detalles de este aviso, se lo notificaremos por escrito. Este aviso está en vigor el 1 de enero de 2010.

He leído y/o solicitado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de **FOOTDR<sub>x</sub>**.

**Nombre del paciente (Imprimir):** \_\_\_\_\_

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

\* Firma del paciente o firma del padre/tutor legal si el paciente es menor de 18 años.

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

**POLÍTICA DE DECLARACIONES FINANCIERAS**

Los médicos y el personal de la oficina de **FOOTDR<sub>x</sub>** saben que su cobertura de seguro es muy importante para usted. Usted es responsable de conocer los beneficios, limitaciones, deducibles y/o restricciones que su póliza pueda estipular. Con el fin de evitar cualquier malentendido, le pedimos que confirme sus beneficios con su compañía de seguros. Por favor, entienda que la determinación exacta de los beneficios ocurre en el momento en que su compañía de seguros procesa y paga la reclamación. Se hará todo lo posible para notificarle si se produce una diferencia entre lo que se esperaba y lo que realmente se pagó. También recibirá una notificación directamente de su compañía de seguros sobre los beneficios pagados de su visita. Debemos enfatizar que nuestra relación es con usted. Si bien la presentación de reclamaciones de seguro es un servicio que extendemos a nuestros pacientes, es su responsabilidad que los cargos se paguen en su totalidad. Cualquier gasto de su propio bolsillo, incluidos deducibles, copagos, coaseguros y/o servicios o suministros no cubiertos, se debe pagar en el momento del servicio. Cualquier cantidad denegada por cualquier motivo por su compañía de seguros que no conozcamos se debe en el momento del procesamiento de la reclamación. Las cuentas que no son pagadas se consideran morosas. Estas cuentas serán remitidas a nuestra agencia de cobro y/o abogado para su cobro o a un tribunal de reclamos menores. Usted, el paciente o la parte responsable, será responsable de todos los costos incurridos por las colecciones. Estos pueden incluir honorarios de cobro, honorarios de abogados y/o costos judiciales. Se espera el pago en el momento del tratamiento para todos los deducibles, copagos y coaseguros. Entiendo y acepto que soy financiera y legalmente responsable del pago total de mi factura por los servicios y que cualquier incumplimiento de mi compañía de seguros para pagar la totalidad o parte de mi factura no constituye una razón para que no pague. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre yo y el transportista y que **FOOTDR<sub>x</sub>** no es responsable de resolver reclamos en disputa. **FOOTDR<sub>x</sub>** proporcionará la información necesaria sobre mi tratamiento con el fin de facilitar el pago de mi reclamación. También entiendo y acepto que la responsabilidad de obtener referencias/autorizaciones para el tratamiento dentro de la red es exclusivamente mía. Entiendo que seré visto como un paciente fuera de la red si no obtengo la referencia apropiada para el tratamiento. Entonces será mi responsabilidad por todos los beneficios no pagados. Además, se me ha informado que mi fracaso y / o negación para proporcionar información precisa del seguro antes de, o en mi visita inicial exigirá que **FOOTDR<sub>x</sub>** me asignará como un paciente de efectivo auto pagó o no asegurado. Esta clasificación me hará perder cualquier beneficio dentro de la red que FOOTDR<sub>x</sub> pueda aceptar como proveedor participante. Seré reinstalado como un paciente asegurado una vez que se proporcione toda la documentación y las referencias. También entiendo que FOOTDR<sub>x</sub> requiere 24 horas de anticipación para cualquier cambio o cancelación de citas programadas y puedo ser considerado financieramente responsable (no mi compañía de seguros) por cancelaciones tardías y citas perdidas.

Entiendo la política financiera de **FOOTDR<sub>x</sub>** y la responsabilidad de mi cuenta.

**Nombre del paciente (Imprimir):** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/parte responsable:** \_\_\_\_\_

**Descargo de responsabilidad de pago:** Solicito que el pago de Medicare autorizado y / o beneficios / pagos privados se hacen a mí o en mi nombre al proveedor por cualquier servicio que me haya prestado el médico o el proveedor.

Autorizo a cualquier titular de información médica (sobre mí) permiso para liberar lo mismo a la administración de financiamiento de atención médica y sus agentes según sea necesario para determinar estos beneficios o cualquier beneficio pagadero por servicios relacionados. Una copia de esta firma es tan válida como la original.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

