

REGISTROS DE PACIENTES**INFORMACION DEL PACIENTE:**

Apellido: _____ Nombre: _____
 Sexo Legal: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Apt# _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono Movil: _____
 Consentimiento para enviar mensajes de texto? Sí No
 Correo Electrónico: _____
 Estatura: _____ Peso: _____ Número de calzado: _____ Ancho M W XW

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Completo: _____ Relación: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono Movil: _____

DEMOGRAFIA

Raza: Asiático Indio Asiático Negro Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Blanco Otro: _____
 Elijo no contestar

Etnicidad: Centroamericano Cubano Dominicano Hispano o Latino / Español
 Latinoamericano/Latino Mexicano No Hispano o Latino
 Puertiqueño Sudamericano Español Elijo no contestar

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Acompañado/a

Orientacion Sexual: Lesbiana, Gay, or Homosexual Heterosexual Bisexual
 Algo más: _____ Elijo no contestar

Identidad de Género: Masculino Femenino Genero no conforme
 Hombre transgénero /de mujer a hombre Mujer Transgénero/ de hombre a mujer
 Otro: _____ Elijo no contestar

Sexo Asignado al Nacer: Masculino Fememino Elijo no contestar

Pronombres: El Ella Ellos/Ellas

EMPLEO

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____
 Teléfono del Empleador: _____



INFORMACION DE FARMACIA:

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

Nombre de la Farmacia:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de la farmacia: _____ Número de Fax#: _____

Actualmente está tomando algún medicamento? Sí No
Si es si, nombre las medicinas:

INFORMACION DEL SEGURO/ PARTE RESPONSABLE:

Nombre del Seguro Primario:

Número de ID de Miembro: _____ Número de Grupo: _____
Relacion con el paciente: Yo mismo Cónyuge Hijo/a Companero/a Otro: _____
Nombre del ttitular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____
La dirección del titular de la póliza es different a la del paciente? Sí No
En Caso
afirmativo: _____

Nombre del Seguro Secundario:

Numero de ID de Miembro: _____ Group #: _____

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA:

(Requerido para TODOS los Planes de Medicare / Planes HMO de Medicare/ Planes que Requieren una Referencia)

Nombre del Médico de Atención Primaria:

Dirección del médico: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Número de fax: _____

Fecha aproximada de la ultima cita con su doctor: _____



(PACIENTES CON PROBLEMAS EN LOS PIES)

RAZON DE LA VISITA DE HOY: L = Izquierdo R = Derecha

Sintomas Actuales	L	R	Sintomas Actuales	L	R	Sintomas Actuales	L	R
Lesión en el Tobillo			Pie Plano			Fractura Metatarsiana		
Dolor de Tobillo			Calambres en los Pies/Piernas			Neuroma		
Torcedura en el Tobillo			Herida en el Pie			Verruga Plantar		
Pie de Atleta			Dolor de Pie			Facia Plantar		
Empolla en el pie o dedos			Pie Torcido			Fractura de Stress		
Dedo Roto			Vidrio			Inchazón en los Tobillos/ Pies		
Uña Rota			Ganglio			Disension del Tendon		
Quemadura			Gangrena			Pies Cansados		
Juanete			Gota			Fractura del dedo del pie		
Tobillo Cronico			Dedos de Matillo			Hongos en las Uñas		
Callos			Dolor en el Talon					
Diabetico/a			Uñas encarnadas					

Otro: _____

(PACIENTES CON PROBLEMAS EN LAS MANOS/HOMBROS)

RAZON DE LA VISITA DE HOY L= Izquierdo R = Derecho

SINTOMAS ACTUALES	L	R	SINTOMAS ACTULES	L	R	SINTOMAS ACTUALES	L	R
Fractura en el Brazo			Quiste de Ganglio			Neuroma		
Dolor en el Brazo			Gota en las Manos			Fractura no Cicatrizante		
Artritis			Artritis en las Manos			Osteoartritis		
Lesión del Plexo Braquial			Deformidad de la Mano			Fractura Traumática		
Sindrome del Tunel Carpiano			Fractura de Mano			Tendinitis Tríceps		
Fractura de Clavicula Fracture			Lesión en la Mano			Triceps Tendon Rupture		
Fractura de Radio Distal			Dolor de Mano			Dedo de Gatillo		
Lesión del Tendon Extensor			Esquinca de Mano			Artritis en la Muñeca		
Fractura de un Dedo			Dedo de Mazo			Fractura en la Muñeca		
Lesión en el Dedo			Lesiones de Lecho Inguenal			Lesión en la Muñeca		
Dolor de Dedo			Lesión Nerviosa			Lesión en la Muñeca		
Hombro Frizado			Neuralgia			Tendinitis de Muñeca		

Otro: _____

HISTORIA MÉDICA: Indique si tiene o ha tenido alguno de los siguientes: (Marque todo lo que corresponda)

AIDS/HIV SIDA/VIH		Edema		Transplante de Organo	
Anemia		Fibromialgia		Osteoporosis	
Angenina de Pecho		Deformidad del pie		Marca Pasos	
Artritis		Picaduras de Cogelación		Enfermedad vascular Periferica	
Articulaciones Artificiales		Gota		Poliomielitis	
Asma		Dolor de Cabeza		Embolice Pulmonar	
Dolor de Espalda		Enferdad del Corazón		Enfermendad de Raynaud's	
Trastornos Hemorragicos		Hepatitis		Artritis Reumatoide	
Coágulos de Sangre		Hernia		Convulsiones/Epilepsia	
Cancer		Presión Arterial Alta		Ataque del Corazón	
Arteriopatía Coronaria		Hipertensión		Abuso de Substancias	
Trombosis Venosa Profunda		Enferdad del Riñón		Problemas de Tiroides	
Diabetes		Ulceras en las Piernas/Pies		Tuberculosis	
Diálisis		Enfermedad del Hgado		Venas Varicosas	
Dislipidemia		Enfermedad Pulmonar			

Otro: _____

ALLERGIAS (marque todo lo que corresponda)

Cinta Adhesiva		Demerol		Novocaína	
Terapia Anticoagulante		Yodo		Penicilina	
Aspirina		Látex		Mariscos	
Codeína		Anestesia Local		Sulfa	

Sin Alergias

Otro: _____

CIRUGIAS/ HOSPITALIZACIONES:



USO DE SUBSTANCIAS:

Consumo de Tabaco: Nunca Exfumador Fumador Actua (diario) Fumador Actual (algunos días)

Uso de otras formas de tabaco/nicotina: Sí No

Nivel de Consumo de Alcohol: Ninguno Ocosional Moderado Mucho

Uso de Drogas ilícitas o recreativas: Sí No

Nivel de Consumo de Cafeína: Ninguno Ocasional Moderado Mucho

ACTIVIDAD FISICA / EJERCICIOS

Enumere todas las actividades físicas/ ejercicios en los que participa y con qué frecuencia se realizan estas actividades:

CONSENTIMIENTO PARA LLAMAR

Nuestra oficina ofrece llamdas telefónicas automatizadas a su teléfono movil para funciones específicas como recordatorios de citas, resultados de pruebas y mas. Por favor marque una de las siguientes opciones:

- Sí, quiero recibir llamadas automaticas de la práctica.
- No, no quiero recibir llamadas automáticas de la práctica.

CONSENTIMIENTO DE PRACTICA

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

Firma del Beneficiario, Tutor o Representante Personal

Escriba el Nombre del Beneficiario, Tutor o Representante Personal

Fecha

Relacion con el Beneficiario

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

CUMPLIMIENTO DE HIPAA

RECONOCIMIENTO DEL ACUERDO

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información de salud y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. En **FOOTDRx & HANDDRx** siempre hemos mantenido su información de salud segura y confidencial. La ley federal requiere que usemos o divulguemos su información de salud a las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su expediente por otro médico que podamos involucrar en su atención. Podemos divulgar su información de salud 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 de salud para nuestras operaciones normales de atención médica. Por ejemplo, uno de nuestro personal ingresará su información en nuestra computadora. Podemos compartir su información médica con nuestros socios comerciales, como un servicio de facturación. Tenemos un contrato por escrito con cada socio comercial que les exige proteger su privacidad. Podemos usar su información para contactarlo. Por ejemplo, podemos llamar para confirmar sus citas. Como es posible que necesitemos comunicarnos con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o el 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 caso de emergencia, podemos divulgar su información de salud a un familiar u otra persona responsable de su atención. Podemos divulgar parte o toda su información de salud cuando lo exija la ley. Si se vende esta práctica, su información pasará a ser propiedad del nuevo propietario. Excepto como se describe anteriormente, esta práctica no usará ni divulgará su información de salud sin su autorización previa por escrito. Puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información de salud como se describe anteriormente. Le informaremos si podemos cumplir con su solicitud. Tiene derecho a saber de cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales anteriores. Tiene derecho a transferir copias de su información de salud a otra práctica. Le enviaremos sus archivos por correo. Tiene derecho a ver y recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Envíenos 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. Tiene derecho a solicitar una enmienda a su información de salud. Entréguenos su solicitud de enmienda por escrito. Incluiremos su archivo. Si aceptamos una enmienda, no eliminaremos ni modificaremos documentos anteriores, pero agregaremos nueva información. Tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos alguno de los detalles de este aviso, se lo notificaremos por escrito. Este aviso es efectivo el 1 de enero de 2010.

He leído y/o solicitado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de **FOOTDRx & HANDDRx**.

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

Nombre del Paciente (letra de Imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible y nos complace hablar con usted sobre nuestros honorarios profesionales en cualquier momento. Su comprensión clara de nuestra Política financiera es importante para nuestra relación profesional.

- **COBERTURA DE SEGURO** – Su póliza de seguro es un contrato entre USTED y SU COMPAÑÍA DE SEGURO. Como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro. Sin embargo, el paciente debe proporcionar al consultorio la información más correcta y actualizada sobre su seguro. Es responsabilidad del paciente por cualquier cargo incurrido si la información proporcionada no es correcta o actual.
- **CITAS:** FOOTDRx y HANDDRx tienen una política de cancelación de 24 horas. Las citas que no se cancelen con más de 24 horas de anticipación pueden estar sujetas a un cargo por cancelación de \$20.00.
- **REFERENCIAS:** si su plan requiere una remisión de su médico de atención primaria, es SU responsabilidad obtenerla antes de su cita y tenerla con usted en el momento de su visita. Si su plan requiere una remisión y usted no la obtiene, USTED será responsable de todos los cargos de la visita en el momento del servicio.
- **PLANES FUERA DE LA RED:** usted será responsable de los cargos incurridos por los servicios prestados que no estén cubiertos según su formulario de explicación de beneficios. En el caso de pólizas de seguro fuera de la red, la mayoría de los planes no brindarán cobertura de beneficios fuera de la red y el paciente es responsable de todos los cargos incurridos por los servicios, sin excepción. FOOTDRx & HANDDRx siempre enviará una factura de cortesía a cualquier proveedor fuera de la red en su nombre. Sin embargo, si no pagan su reclamo en 90 días, usted será responsable del monto total adeudado.
- **PACIENTES QUE PAGAN POR SU CUENTA** – Se espera el pago total al momento del servicio.
- **MEDICARE:** como cortesía, enviaremos las reclamaciones a Medicare y, si tiene un seguro secundario, también las enviaremos en su nombre. Sin embargo, si su compañía de seguros no paga sus reclamos, la responsabilidad final por los montos del deducible y el coseguro del 20 % es del paciente.
- **PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS DE PACIENTES MENORES:** el padre que da su consentimiento para el tratamiento de un niño menor es responsable del pago de los servicios prestados. FOOTDRx & HANDDRx no se involucrará en disputas de separación o divorcio.

Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta. Si fuera necesario que utilicemos una agencia externa para cobrar el pago, usted será responsable de los cargos en los que incurramos como resultado de esto.

Firma del Paciente

Fecha

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Entiendo que soy personal y financieramente responsable de los cargos incurridos por los servicios prestados en FOOTDRx y/o HANDDRx si se aplica alguno de los siguientes:

1. Mi plan de beneficios de salud requiere autorización previa o derivación de un médico de atención primaria antes de recibir servicios en FOOTDRx y/o HANDDRx.
2. La cobertura de mi plan de salud ha vencido o vencido en el momento en que recibo servicios en FOOTDRx y/o HANDDRx.
3. Mi plan de salud no es uno en el que participe FOOTDRx y/o HANDDRx.

También entiendo que soy responsable de todos los copagos, coseguros y deducibles de mi plan de salud.

Cualquier cuenta que tenga un saldo de más de 90 días corre el riesgo de ser colocada en colecciones. Si una cuenta se coloca en cobros, todos y cada uno de los cargos legales y de cobro asociados con los cobros de la cuenta serán responsabilidad del paciente. Los pacientes que no tengan su cuenta pagada en su totalidad tampoco podrán programar citas futuras hasta que se borre la cuenta.

Nombre del Paciente (Letra de imprenta): _____

Firma del Paciente/Parte Responsable: _____

Descargo de responsabilidad de pago:

Solicito que el pago de Medicare autorizado y/o los beneficios/pagos privados se hagan a mí o en mi nombre al proveedor por cualquier servicio que me brinde el médico o el proveedor.

Autorizo a cualquier titular de información médica (sobre mí) a divulgar la misma a la administración financiera 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 el original.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____