



FORMA DE ENTRADA DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN ESTACIONAL: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FECHAS EN LA DIRECCIÓN ESTACIONAL: _____ Por _____ MEJOR FORMA DE CONTACTARLO: CASA TRABAJO CELULAR
Mes Mes

TELÉFONO: CASA () TRABAJO () CELULAR ()

CORREO ELECTRÓNICO: _____ AUTORIZO EL CONTACTO DEL EMAIL: SÍ NO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NO. DE SEGURO SOCIAL: _____

SEXO: MASCULINO FEMENINO ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO OTRO

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ TELÉFONO DEL MÉDICO: _____

EMPLEADO: SÍ NO COMPAÑÍA: _____ OCUPACIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO: () _____
NOMBRE/RELACIÓN

LA INFORMACIÓN ANTEDICHA PERTENECE AL PACIENTE SOLAMENTE. SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD O BAJO SUPERVISIÓN DE UN TUTOR LEGAL, LA PERSONA RESPONSABLE DEBE TERMINAR LA SECCIÓN SIGUIENTE. SI ESTO NO SE APLICA, PUEDE SALTAR A LA SECCIÓN SIGUIENTE.

INFORMACIÓN DEL GARANTE

NOMBRE: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO: CASA () TRABAJO () CELULAR ()

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NO. DE SEGURO SOCIAL: _____

EMPLEADO: SÍ NO COMPAÑÍA: _____ OCUPACIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿ES USTED CONSCIENTE DE SUS BENEFICIOS DE SEGURO? SÍ NO

SEGURO **PRIMARIO**: _____ POLIZA IDENTIFICACIÓN # / GRUPO #: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ PATRÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NO. DE SEGURO SOCIAL: _____

SEGURO **SECUNDARIO**: _____ POLIZA IDENTIFICACIÓN # / GRUPO #: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ COMPAÑÍA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NO. DE SEGURO SOCIAL: _____

HISTORIA MÉDICA

DESCRIBA SU PROBLEMA DEL PIE / TOBILLO: _____

¿CUÁNDO APARECIERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O OCURRIÓ EL ACCIDENTE (**FECHA**)? _____

DESCRIBA SU DOLOR/MOLESTIA: QUEMA ENTUMECIMIENTO AGUDO OTRO _____

¿QUÉ MEJORA SU DOLOR / MOLESTIA? _____

¿QUÉ EMPEORA SU DOLOR / MOLESTIA? _____

¿ESTA CONDICIÓN SE HA TRATADO PREVIAMENTE? SÍ NO ¿QUIÉN, CÓMO Y CUÁNDO? _____

¿USTED HA TENIDO CIRUGÍA ANTERIOR EN CUALQUIER LUGAR EN SU CUERPO? SÍ NO

POR FAVOR LISTE SUS CIRUGIAS Y FECHAS

1.	2.	3.	4.	5.	6.
7.	8.	9.	10.	11.	12.

ALTURA	PESO	TAMAÑO DEL ZAPATO
--------	------	-------------------

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____ FARMACIA #: _____

POR FAVOR HAGA UNA LISTA DE SUS MEDICINAS INCLUYENDO PILDORAS, INYECTABLES, PRODUCTOS NATURALES Y HIERBAS:

1.	2.	3.	4.	5.	6.
7.	8.	9.	10.	11.	12.

CONTINUA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

¿LE ESTÁN TRATANDO O SE HA TRATADO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ATAQUE AL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ANEMIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	HEPATITIS O ICTERICIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ARTRITIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ASMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
BRONQUITIS O ENFISEMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DEL RIÑÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
CÁNCER O TUMOR	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
COLESTEROL/TRIGLICÉRIDOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
DIABETES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ÚLCERAS ESTOMACALES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ULTIMO # DE AZUCAR / A1C _____ ¿Cuanto tiempo? _____		DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
EL USO INDEBIDO DE DROGAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TROMBOFLEBITIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
EPILEPSIA Ó CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DE TIROIDES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
GOTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿ES USTED ALÉRGICO O HA REACCIONADO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

ANTIBIÓTICOS CON PENICILINA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ANESTESIA GENERAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ASPIRINA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	LIDOCAINA / NOVOCAINA (ANESTESIA LOCAL)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
CURITA / CINTA ADHESIVA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CONTRASTE RADIOGRÁFICO / TINTE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
CODEÍNA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SEDANTE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
YODO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ANTIBIÓTICOS CON SULFA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		LÁTEX	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

OTRAS ALERGIAS NO LISTADAS: _____

HISTORIA SOCIAL:

¿USTED FUMA TABACO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿USTED UTILIZA DROGAS RECREATIVAS?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿CUÁNTOS PAQUETES POR DÍA Y POR CUANTO TIEMPO?	_____/____	¿USTED EJERCITA A DIARIO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿ESTÁ USTED EMBARAZADA?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿USTED ESTA AMAMANTANDO SU BEBÉ?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿FECHA DE PARTO?	_____		
¿USTED BEBE ALCOHOL?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿USTED TOMA CAFEÍNA? (TE, CAFÉ)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

HISTORIA FAMILIAR

POR FAVOR LISTE SU RELACIÓN AL MIEMBRO DE FAMILIA QUE HA TENIDO LOS PROBLEMAS SIGUIENTES:

TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____	ENFERMEDAD DE RIÑÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____
CÁNCER	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____	ENFERMEDAD MENTAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____
DIABETES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____	REUMATOLOGÍA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____
ENFERMEDAD CARDÍACA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____	DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____
PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____	OTRO		_____

NUESTRA OFICINA CRECE PRINCIPALMENTE POR REFERENCIA DE OTROS PACIENTES.

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO A NUESTRA OFICINA?

Revisión de sistemas

CARDIOVASCULAR: NINGUNOS

-
- DOLOR DE PANTORRILLA CON EJERCICIO/MIENTRAS DUERME
-
-
- PARO CARDÍACO CONGESTIVO

-
- DOLOR DE PECHO/ATAQUE DEL CORAZÓN
-
-
- PARO CARDÍACO
-
- PALPITACIONES

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES: NINGUNOS

-
- FIEBRE
-
- FRIALDADES
-
- SUDA
-
- PÉRDIDA DE PESO

ENDOCRINA:

-
- EXCESO DE SUDAR
-
- NINGUNOS
-
-
- EPISODIOS FRECUENTES DE FRÍO Ó CALOR
-
- ORINAR FRECUENTE / DIFICULTAD
-
-
- PANCREATITIS
-
- HAMBRE A MENUDO
-
- SED A MENUDO
-
-
- PROBLEMAS DE LA PRÓSTATA

GASTROINTESTINAL:

-
- NINGUNOS
-
-
- REFLUJO ÁCIDO
-
- SANGRE EN HECES
-
- ESTREÑIMIENTO
-
-
- DISMINUYO EN APETITO
-
- DIARREA
-
- NÁUSEA
-
-
- VOMITAR

CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ, Y GARGANTA:

-
- NINGUNOS
-
-
- CATARATAS
-
- LENTES DE CONTACTO
-
- DENTADURAS
-
-
- DIFICULTAD AL TRAGAR
-
- VÉRTIGOS
-
- VISIÓN DOBLE
-
-
- LENTES
-
- DOLOR DE CUELLO
-
- HEMORRAGIA NASAL
-
-
- SONIDO EN OÍDOS (TINITUS)
-
- GARGANTA ADOLORIDA

HEMATOLÓGICAL/LINFÁTICO: NINGUNOS

-
- ANORMALIDADES DE LA SANGRE
-
- BULTO EN INGLE / AXILA
-
- GLÁNDULAS HINCHADAS

INTEGUMENTARIO (PIEL):

-
- NINGUNOS
-
-
- LUNARES
-
- CAMBIOS EN COLOR DE PIEL
-
- ECCEMA
-
-
- CRECIMIENTO EN PIEL
-
- PÉRDIDA DE PELO
-
- LESIONES
-
-
- PERFORACIÓN
-
- ERUPCIÓN
-
-
- INFECCIONES RECURRENTES
-
- SENSIBILIDAD A LA LUZ DEL SOL
-
- TATUAJES
-
-
- ÚLCERAS/HERIDAS DE LA PIEL EN EL PASADO

MUSCULOESQUELETAL:

-
- NINGUNOS
-
-
- BURSTITIS
-
- DOLOR DE ARTICULACIÓN/HINCHAZÓN/RIGIDEZ
-
-
- FRACURAS/ESGUINCES ANTERIORES
-
- TENDONITIS
-
- DEBILIDAD DE MIEMBROS

NEUROLÓGICO:

-
- NINGUNOS
-
-
- CONFUSIÓN
-
- DESMAYO
-
-
- DESORDENES NERVIOSOS
-
- NEUROPATÍA (PÉRDIDA DE SENSACIÓN)
-
- MIGRAÑAS
-
-
- DIFICULTADES DE HABLA
-
- INSOMNIA
-
- EQUILIBRIO POBRE

PSIQUIÁTRICO:

-
- NINGUNOS
-
-
- DEPRESIÓN
-
- NERVIOSISMO
-
- TENSIÓN

RESPIRATORIO :

-
- NINGUNOS
-
-
- TOS
-
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
-
- FALTA DE ALIENTO
-
-
- PITILLO EN LOS PULMONES

Para lo mejor de mi conocimiento, las preguntas antedichas fueron contestadas con precisión. Entiendo que proveer información inexacta puede ser peligroso a mi salud.

Nombre paciente y firma del paciente/padre/POA: _____

Firma del médico: _____

(Fecha)



POLÍTICA DE LA OFICINA

Bienvenido a Nuestra Oficina

Lea por favor esta política cuidadosamente y sienta libre de hacer preguntas con respecto a cualquier parte de esta forma. Creemos que una definición clara de nuestra oficina y las políticas financieras permitirán que nos concentremos en la meta fundamental de restaurar o de mantener la salud de sus pies. Nuestra práctica se esforzará para proveer usted el cuidado podiátrico de calidad más fino. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a su tratamiento, no dude en preguntar. Acogemos con satisfacción remisiones y esperamos a establecer una relación satisfactoria del doctor-paciente.

Citas

Si usted no puede mantener una cita por favor llame la oficina para cambiar la hora por lo menos 24 horas adelantado. Los pacientes con tres citas faltadas pueden ser pedidos transferir sus expedientes a otro doctor. Los pacientes que están retrasados más de 15 minutos pueden ser pedidos cambiar su cita.

Dejar Mensajes

Nuestra política de la oficina es dejar información genérica, inofensiva en los contestadores automáticos. Quisiéramos acomodar a nuestros pacientes y podemos con sus iniciales al lado de su preferencia.

1. _____ deje la información mínima.
2. _____ llame por favor # _____ y dejar detalles específicos.
3. _____ deje por favor cuanta información sea posible en la máquina o con cualquier persona que conteste mi teléfono.

Transferencia de Expedientes

Si usted quiere obtener copias de sus expedientes, usted debe autorizarnos a incluir toda la información relevante, incluyendo su historia de pago **a petición**. Si usted está solicitando sus expedientes para ser transferido de otro doctor u organización a nosotros, usted nos autoriza a recibir toda la información relevante incluyendo su historia de pago. **Habrá un cobro de copiado de \$10 por la película para las radiografías.**

Política Financiera

Esto es un acuerdo entre el Ankle + Foot Center, P.A. una corporación de la Florida, como acreedor y el paciente/el deudor nombrado en esta forma. En este acuerdo las palabras "usted", "su", y "el suyo" significa el paciente/el deudor. La palabra "cuenta" significa la cuenta que se ha establecido en su nombre a el cual se hacen las cargas y el pago acreditado. Las palabras "nosotros", "nosotros", y "nuestro" referimos al Ankle + Foot Center, P.A. ejecutando este acuerdo que usted está acordando pagar todos los servicios hechos.

Seguro

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. (**No** somos parte de este contrato, en la mayoría de los casos). Mandaremos la cuenta a su compañía de seguros primaria solamente si somos proveedores preaprobados. Aceptaremos los seguros secundarios para Medicare solamente, mientras sean "Medigapped" (cruce automatico). Aunque podemos estimar lo que puede pagar su compañía de seguros, es la compañía de seguros que hace la determinación final de su elegibilidad. Usted acuerda pagar cualquier porción de las cargas no cubiertas por el seguro.

Verificación de Beneficios

Podemos asistirle, a nuestra discreción, en verificar su cobertura de seguro en un esfuerzo para verificar exactamente qué cobertura podiátrica está disponible en su poliza. Esto se puede hacer solamente en el día de su cita si el tiempo permite. **Usted, como asegurado, debe ser el responsable principal de verificar sus beneficios.** No podemos garantizar el pago de los beneficios y consecuentemente usted puede ser responsable de cualquier coaseguro, deductibles, o honorario para los servicios no cubiertos que pueden resultar.

Referidos

Si su compañía de seguros requiere un referido y/o una pre-autorización/pre-certificación **usted es responsable de obtenerla.** No seremos capaces de obtener un referido el día de su cita. Las opciones a este punto serán cambiar el día de la cita o pagar por los servicios médicos. Le sugerimos llamar a su doctor primario por lo menos 24 horas por adelantado para confirmar que se haya generado y se haya enviado por fax su referido. **El método más efectivo es obtener su referido usted mismo.**

Compensación de los Trabajadores

Requerimos la aprobación/autorización por escrito de su patrón/portador de "compensación de los trabajadores" antes de su visita inicial. Si se niega su demanda, usted será responsable del pago por completo.

Daños Corporales

Si le están tratando como parte de un pleito o de una demanda de daños corporales, requerimos la verificación de su abogado antes de su visita inicial. Además de esta verificación, requerimos que usted permita que mandemos la cuenta a su seguro médico. En la ausencia de seguro otros arreglos financieros pueden ser discutidos. El pago de la cuenta sigue siendo la responsabilidad del paciente. No aceptamos cartas de protección y no podemos mandar la cuenta posteriormente a su abogado por los cargos debido a un caso de daños corporales.

Divorcio

En caso de divorcio o de separación, la persona responsable de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo responsable por la cuenta. Después de un divorcio o de una separación, el padre que autorize el tratamiento para el menor de edad será responsable de esos cargos subsecuentes. Si el decreto del divorcio requiere que el otro pague por parte o todos los costos de tratamiento, es la responsabilidad de el padre que autorizó el tratamiento de recobrar los costos de el otro padre.

Pagos Requeridos

Cualquier co-pago, los deductibles o los coaseguros, los honorarios por los servicios no cubiertos, o los balances pendientes de pago deben ser pagados el día de su cita.

Opciones del Pago

Usted puede elegir pagar efectivo, cheque, o tarjeta de crédito en el día que el tratamiento sea rendido.

Cheques Sin Fondos

Hay un honorario (actualmente \$25) para cualquier cheque sin fondos devuelto por el banco.

Factura Mensual

Si usted tiene un balance en su cuenta, le enviaremos una factura mensual. Demostrará por separado el balance, cualquier carga nueva a la cuenta, y la carga de las finanzas, si la hay.

Pagos

A menos que otros arreglos sean aprobados por nosotros por escrito, el balance en su factura/cuenta tiene que pagarse cuando la reciba o antes de el fin de mes. Si el pago llega más tarde se considerará atrasado.

Carga Por Financiamiento

Cargo por financiamiento será impuesto ante cada artículo de su cuenta que no se ha pagado dentro de treinta (30) días del tiempo que el artículo fue agregado a la cuenta. El cargo por financiamiento será computado a un índice de porcentaje anual del un por ciento (el 1%) por mes o a un índice de porcentaje anual del doce por ciento (el 12%). Cargo de las finanzas en su cuenta es computado aplicando la tarifa periódica (el 1%) al "balance atrasado" de nuestra cuenta. El balance atrasado de su cuenta es calculado tomando el balance atrasado hace treinta (30) días, y entonces menos cualquier pagos o crédito que se aplique a la cuenta durante ese tiempo. La carga mínima por financiamiento es \$50.00.

FMLA y Formas de la Incapacidad

Habrà un cargo de \$20.00 por completar papeles de incapacidad ó FMLA. Someta por favor el papeleo una semana antes de la fecha debida.

Cuentas atrasadas

Si su cuenta llega a ser atrasada, tomaremos las medidas necesarias para recoger esta deuda. Si tenemos que referir su cuenta a una agencia de colección usted acuerda pagar toda la colección del balance a un abogado, usted acuerda pagar los honorarios de el abogado que incurrimos, más todos los costos de corte. En caso de demanda, usted conviene que el lugar estará en el condado de Hillsborough, Florida.

Renuncia de Confidencialidad

Usted entiende si esta cuenta es sometida a un abogado o a una agencia de colección, si tenemos que litigar ante el tribunal, o si su estado atrasado se divulga a una agencia de la información del crédito, el hecho de que usted recibió tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en información pública.

Fecha de Efectividad

Una vez que usted ha firmado este documento usted esta de acuerdo con todas las condiciones contenidas adjunto y el acuerdo será efectivo.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que el **ANKLE + FOOT CENTER** me proporcionó una copia del **DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** y que he leído (o tuve la oportunidad de leer) y entendí el aviso.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Autorizo Ankle & Foot Center para divulgar individualmente la información identificable de la salud sobre mí (tal como fecha (o fechas) de servicios, del tipo de servicios, del nivel de detalle que se lanzará, del origen de la información, del etc.) al siguiente:

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo la divulgación de la información médica a mi compañía de seguros necesaria para procesar el pago por mis servicios médicos. También autorizo el pago de beneficios médicos directamente a mi médico. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta autorización.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA