

FOOT & ANKLE CONCEPTS, INC.

PODIATRIC REGISTRATION & HISTORY

1 INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre _____

Domicilio _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

Sexo: M F Otro Fecha de Nacimiento _____

Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Paciente SS# _____

Ocupación _____

Empleador _____

Nombre de Esposo/a _____

Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Ocupación _____

Empleador _____

A quien podemos agradecer por referirlo/a? _____

3 INFORMACION DEL CONTACTO

Idioma Preferido: Ingles Español Otros _____

No. de Teléfono Primario: _____ (para confirmar citas)

No. de Teléfono Secundario: _____

Correo Electrónico: _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____

No. de Casa: _____ No. de Celular: _____

4 HISTORIAL PODIATRICO

Cuál es la queja/molestia principal por la cual usted vino a ser tratado? (incluya pie, tobillo, rodilla, el muslo, y quejas/molestias de cadera) _____

A visitado a un podiatra antes? Si No

Si, explique: _____

Nombre: _____

Ultima Visita: _____

Por favor indique que problema de pies tiene o ha tenido:

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Tobillo | <input type="checkbox"/> Dolor en el Talon |
| <input type="checkbox"/> Pie de Atleta | <input type="checkbox"/> Unas Enterradas |
| <input type="checkbox"/> Juanetes | <input type="checkbox"/> Pies Canzados |
| <input type="checkbox"/> Pies Planos | <input type="checkbox"/> Hinchazon en el Tobillo/
Pies |
| <input type="checkbox"/> Calambres o
Adormecidos los Pies | |

2 PERSONA RESPONSIBLE/SEGURO

Quien es el Suscriptor?: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Relación con el Paciente: _____

Compañía de Seguros Primaria: _____

Compañía de Seguros Secundaria: _____

****Una copia de cada tarjeta de seguro debe ser proporcionada al momento del servicio*****

Asignación y Autorización (Escoger Uno)

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con la compañía de seguros mencionada anteriormente y asigno directamente al médico tratante todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de lo contrario, facturables por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros, incluyendo Medicare y Medical.

No tengo seguro médico o no deseo que mi seguro sea facturado. (El pago se requiere en el momento del servicio.)

Firma del Responsable _____

Relación _____

Fecha _____

5 MEDICAMENTOS

Indique medicamentos recetados o sin recetas, incluyendo vitaminas: _____

Nombre de Farmacia: _____

No. de Farmacia: _____

Estas Tomando Anticonceptivos Orales? SI NO

Estas Tomando anticoagulantes? SI NO

6 ALERGIAS

- | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cinta/Adhesiva | <input type="checkbox"/> Anestesia Local |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sulfato |
| <input type="checkbox"/> Yodo/Betadina | <input type="checkbox"/> Anti-inflamatorios |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |
| <input type="checkbox"/> No Se Conocen Alergias a Medicamentos | |

7 HISTORIAL MEDICO DE SALUD

Indique si usted ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> | Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> | Alta Presión | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | Dependencia de sustancias | <input type="checkbox"/> | Alta Colesterol | <input type="checkbox"/> |
| Angina de Pecho | <input type="checkbox"/> | Químicas | | Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Flebitis | <input type="checkbox"/> |
| Válvulas del | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | Problemas Mentales | <input type="checkbox"/> |
| Corazón Artificial | | Gota | <input type="checkbox"/> | Embolia | <input type="checkbox"/> |
| Artículos Artificiales | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> | Hemofilia | <input type="checkbox"/> | Úlcera Gástrica | <input type="checkbox"/> |
| Desordenes Sangrantes | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A,B,C | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Venérea | <input type="checkbox"/> | | |
| Venas Varicosas | <input type="checkbox"/> | | | | |

Indique Cirugías Anteriores:

Indique si ha estado hospitalizado/a aparte de cirugías:

Doctor Familiar: _____ No. de Teléfono: _____

A estado bajo el cuidado de un doctor por algún motivo por los dos últimos años? Si, explique:

Bienvenido y gracias por elegir Foot & Ankle Concepts Inc, para sus necesidades de podología / cuidado de los pies. En nuestro continuo esfuerzo por brindar atención personalizada al paciente de la manera más eficiente y económica posible, le pedimos que tome unos momentos para leer nuestra política financiera (la Política Financiera completa está en nuestro lobby) y llene nuestros formularios de historia médica. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional.

PACIENTES CON SEGURO: Nos complace facturar a su compañía de seguros primaria y secundaria (si corresponde) como una cortesía a usted. Foot & Ankle Concepts está contratado con la mayoría de los grandes planes de seguro PPO. Sin embargo, es su responsabilidad confirmar que estamos en la red con su plan de seguro. Si su seguro requiere una remisión o autorización previa, es su responsabilidad asegurarse de que esto esté en su lugar antes de su cita, aunque estamos encantados de ayudar cuando podamos. Recuerde que el acuerdo que tiene con su compañía de seguros no afecta su responsabilidad de pago y que en última instancia es financieramente responsable de su cuenta. La mayoría de los planes de seguro de salud dejarán como su responsabilidad un copago, deducible o saldo por servicios no cubiertos. Por favor esté preparado para pagar su porción en el momento del servicio.

PACIENTES SIN SEGURO: El pago se requiere en su totalidad en la fecha de servicio.

Cualquier saldo no pagado dentro de los 30 días de la fecha de la declaración evaluará una tarifa de reintegro de \$ 12.00. El pago completo de todas las mercancías suaves podiátricas, órtesis, suministros y medicamentos son debidos en la fecha en que se emiten estos suministros. Estos productos no son reembolsables y no retornables.

Si por alguna razón usted debe cancelar su cita, por favor permítanos un aviso de 24 horas.

8 CONSENTIMIENTO

Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta. Yo he leído y comprendido la Políticas Financiera. Yo le doy permiso al médico de administrar tal procedimiento como puede ser creído necesario en el diagnostico y/o el tratamiento de los pies.

Nombre de Paciente: _____ Fecha : _____

Firma del Paciente o Representante de Paciente: _____

FOOT & ANKLE CONCEPTS, INC.
1901 N. Solar Drive Suite #110
Oxnard, Ca 93036

Aviso de Política de Intimidad y Reconocimiento Del Derecho Del Paciente

Este aviso describe como la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede conseguir el acceso a esta información. Por favor examínelo con cuidado. Le proporcionarán una copia para su futura referencia si usted lo solicita.

La ley de intimidad federal permite a abastecedores de asistencia médica y aquellos que les asisten a usar ciertos tipos de la información de salud del paciente sin el consentimiento de un paciente. Los usos permitidos de la información son para proporcionar el tratamiento al paciente (que podría incluir revelaciones entre médicos y/o enfermeras), para objetivos del pago que se reúne para el tratamiento de la Asistencia médica, aseguradores Médicos, privados (como el sometimiento de la información diagnóstica y pruebe resultados a su compañía de seguros o a una agencia de colección para el no pago y a la facturación de la compañía empleada por Foot & Ankle Concepts Inc, para el pago que se reúne.) La información de salud también puede ser usada para ciertas operaciones de asistencia médica.

La información de salud del paciente puede ser usada para otros objetivos sólo con el consentimiento escrito del paciente (o el padre del paciente o guardián). Esta es la Política de Foot & Ankle Concepts Inc. Limitaremos nuestro uso de su información de salud al objetivo mencionado. Por lo tanto, este es un aviso a usted de nuestras políticas y no una petición del permiso de usar su información de salud. Al firmar esta forma usted, simplemente confirma que examine y recibió el documento.

La ley federal permite examinar sus archivos médicos una vez cada año civil, gratis al paciente. Se les puede cobrar a los pacientes, para peticiones adicionales durante el mismo año civil. Si un paciente cree que los archivos médicos contienen. Si el paciente crea que la información es inexacta, se le permite al paciente, preguntar que el expediente sea corregidos. La Oficina investigará cualquier reclamación de la inexactitud y hará cualquier corrección donde sea necesario. Si usted desea examinar a su proveedor de equipo médico, usted debe ponerse en contacto con ellos directamente.

Si usted desea examinar su expediente médico en la posesión de Foot & Ankle Concepts Inc, la petición debe ser por escrito. Usted puede solicitar una forma para ese objetivo, poniéndose en contacto con la oficina.

_____ Reconozco que yo he leído y / o he leído y sido ofrecido una copia del AVISO de la oficina de PRÁCTICAS DE INTIMIDAD Y DERECHOS. He leído el aviso y entiendo mis derechos de intimidad y las políticas de intimidad de la oficina.

_____ El paciente rechaza firmar el aviso

_____ El paciente es incapaz de firmar el reconocimiento o es un menor. Si el paciente es un menor o es representado por un representante personal, el guardián está autorizado a firmar abajo.

Firma

Nombre Impreso

Fecha