

BIENVENIDO

INFORMACION DE PACIENTE

Fecha _____

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Sexo: ☐ M ☐ F Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Vida Conyugal: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo

☐ Separado ☐ Divorciado

Numero de Seguro Social del paciente _____

Oficio _____

Nombre de empleo de paciente _____

Direccion de empleo _____

Telefono de empleo _____

Nombre de esposa/o _____

Oficio _____

Nombre de empleo de esposa/o _____

A quien podemas dar las gracias por su referencia a nuestra oficina?

NUMEROS DE TELEFONOS

Casa(____) _____ Trabajo(____) _____ Extencion _____

Cual es la mejor hora y lugar para localizarlo a usted _____

EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN LLAMAR:

Nombre _____ Relacion _____

Telefono de casa _____

Telefono de trabajo _____

ASEGURANZA

Quien es el responsable de esta cuenta? _____

Relacion al paciente _____

Nombre de aseguranza medica _____

Numero de Grupo _____

Tiene el paciente aseguranza adicional? ☐ Si ☐ No

Nombre del asegurado bajo la Segunda aseguranza _____

Fecha de nacimiento _____

Numero del Seguro Social _____

Relacion al paciente _____

Nombre de Segunda aseguranza _____

Numero de grupo _____

ASIGNACION Y LIBERACION

Yo, el asegurado certifico que yo (o mi depende) tenemos aseguraza medica con _____

Y asigno pago directamente al Dr. _____
Bajo mi compania medica por beneficios medicos, y servicios medicos dados. Yo entiendo que yo soy el responsable financiero por los cargos dados pago o no mi aseguranza medica. Y yo autorizo al doctor en liberar toda informacion necesariaa mi aseguranza para asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones hechas a mi aseguranza.

Firma del responsable _____

Relacion _____

Fecha _____

AUTORIZACION BAJO MEDICARE

Yo solicito que el pago autorizado bajo los beneficios de Medicare sean dados a mi o autorizo el pago al Dr. _____

Por servicios medicos dados a mi por el doctor. Yo autorizo en liberar toda informacion medica mia al Health Care Financing Administration y a sus agentes informacion necesitada para determinar beneficios y pago por estos. Yo entiendo que mi firma dispone que los pagos sean dados y autoriza liberar informacion medica necesaria para pagar por servicios medicos dados. Si "otra aseguranza" es indicada en el numero 9 de la forma HCFA-1500 o en otros sitios en otros aprobados reclamos o reclamos electronicos mi firma autoriza liberar informacion necesaria al agente indicado. En asignaciones de casos bajo Medicare, el doctor o suministrador consiente aceptar el cargo determinado bajo Medicare como pago entero y el paciente es responsable solo por el deductible, coinsurance y servicios no cubiertos. El coinsurance y el deductible son basados al cargo determinado por Medicare.

Firma del beneficiario _____

Fecha _____

HISTORIA PODIATRICA

Cual es la Razon de su visita?
(Incluir lugar de dolencias sea del pie, tobillo, rodilla muslo y cadera.)

Lo ha examinado otro especiausta anteriormente? ☐ Si ☐ No
Si su respuesta es si porfavor de indicar.

Nombre _____

Ultima visita _____

Padece usted un familiar de diabetes?

☐ Si ☐ No

Su oficio? _____

Fuma? _____

Por cuanto tiempo? _____

Actividades atleticos/deportistas de los cuales a participado (porfavor de incluir la frecuencia y orden)

Porfavor de indicar el problema de sus pies andra o anteriormente.

Dolor del tobillo ☐ Si ☐ No

Pie atleta ☐ Si ☐ No

Juanetes ☐ Si ☐ No

Callos y Callosidad ☐ Si ☐ No

Calambres o entumecido

de los pies o piernas ☐ Si ☐ No

Pie plano ☐ Si ☐ No

Calambres de pies o piernas ☐ Si ☐ No

Dolor de talon ☐ Si ☐ No

Unas enteradas ☐ Si ☐ No

Verrugas/mesquinos en los pies ☐ Si ☐ No

Hinchazon en los tobillos o pies ☐ Si ☐ No

Pies cansados ☐ Si ☐ No

HISTORIA MEDICA

Favor de marcar en "Si" o "No" para indicar si usted tiene alguna de las siguientes:

Sida/HIV	☐ Si ☐ No	Diabetes	☐ Si ☐ No	Cuidado siquiatico	☐ Si ☐ No
Alergia a analgesicos	☐ Si ☐ No	Problema de oido	☐ Si ☐ No	Tratamiento de radiacion	☐ Si ☐ No
Alergia a un medicamento	☐ Si ☐ No	Epilepsia	☐ Si ☐ No	Sarpullido	☐ Si ☐ No
Anemia	☐ Si ☐ No	Problema en los ojos	☐ Si ☐ No	Fiebre Reumatica	☐ Si ☐ No
Angina de pecho	☐ Si ☐ No	Desmayos	☐ Si ☐ No	Falta de Aire	☐ Si ☐ No
Artritis	☐ Si ☐ No	Calambres en pies o piernas	☐ Si ☐ No	Problema de Sinusitis	☐ Si ☐ No
Valvula de corazon artificial	☐ Si ☐ No	Gota	☐ Si ☐ No	Dieta especial Embolio	☐ Si ☐ No
O en conjuntures	☐ Si ☐ No	Dolor de cabeza	☐ Si ☐ No	Inflamacion de tobillos o pies	☐ Si ☐ No
Asma	☐ Si ☐ No	Enfermedad el el corazon	☐ Si ☐ No	Inflamacion en glandulas	☐ Si ☐ No
Problemas de esplada	☐ Si ☐ No	Problema de coagulacion	☐ Si ☐ No	del cuello	☐ Si ☐ No
Sangrado abnormal	☐ Si ☐ No	Hepatitis	☐ Si ☐ No	Pies cansados	☐ Si ☐ No
Cancer	☐ Si ☐ No	Alta presion	☐ Si ☐ No	Tuberculosis	☐ Si ☐ No
Dependencia de alguna droga	☐ Si ☐ No	Problema en el rinon	☐ Si ☐ No	Ulceras	☐ Si ☐ No
Dolor de pecho	☐ Si ☐ No	Enfermedad el el higado	☐ Si ☐ No	Venas Varicosas	☐ Si ☐ No
Diharrea cronica	☐ Si ☐ No	Presion arterial baja	☐ Si ☐ No	Infecciones Venerias	☐ Si ☐ No
Problemas circulatorios	☐ Si ☐ No	Nervios	☐ Si ☐ No	Perdida de Peso sin razon	☐ Si ☐ No
		Plebitis	☐ Si ☐ No		

Lo han operado alguna vez? _____ Cuando? _____

Que clase de cirujias _____ Donde? _____

Apunte las fechas que ha sido admitido a un hospital fuera de las veces por cirujias nombrados anteriormente _____

Nombre de su doctor familiar fecha de su ultima cita _____ fecha de ultima sita _____

Esta, o ha estado bajo el cuidado o tratamiento de algun otro doctor en los ultimos dos anos? ☐ Si ☐ No

Si su respuesta ha sido Si por favor de explicar _____

MEDICAMENTOS

Esta tomando algun medicamento? Ya sea recetado o comprado sin receta (vitaminas, Tylenol, etc.)

Nombre de farmacia/s _____

Toma Pastillas anticonceptivas? ☐ Si ☐ No

ALERGIAS

☐ Cinta adhesiva	☐ Anestesia local
☐ Terapia anticoagulant	☐ Novocaine
☐ Aspirina	☐ Penicilina
☐ Codina	☐ Mariscos
☐ Demerol	☐ Sulfa
☐ Yodo	
☐ Otra cosa _____	

CONSENTIMIENTO

Yo certifico que la informacion dada es verdadera y correcta en lo mejor de mi conocimiento. Yo doy mi permiso al doctor que administre y realice los procedimientos necesarios para diagnosticar y dar o tratar el tratamiento a mis pies.

Firma de paciente _____ Fecha _____

Name: _____ Fecha de Hoy: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Para pacientes nuevos, pacientes establecidos que pueden tener un problema nuevo o nuestros pacientes a quienes no hemos visto por un tiempo, necesitamos actualizar nuestros registros en cuanto a su salud médica general. En cada zona, Si no tiene ninguna dificultad, marque "Sin problemas". Si experimenta alguno de los síntomas enumerados, **POR FAVOR CIRCULE LOS QUE CORRESPONDAN**, o explique cualquiera que no esté en la lista. Si tiene alguna pregunta al respecto, consulte con uno de los técnicos o con su médico.

Const. (Salud en general) ☐ Sin problemas Falta de energía, aumento de peso inexplicable o pérdida de peso, pérdida de apetito, fiebre, sudores nocturnos, dolor en la mandíbula al comer, sensibilidad en el cuero cabelludo, antes diagnóstico de cáncer. Otro: _____

Oídos, nariz, boca y garganta ☐ Sin problemas Dificultad para oír, problemas de sinusitis, secreción nariz, goteo posnasal, zumbido en los oídos, llagas en la boca, dientes flojos, dolor de oído, hemorragias nasales, dolor de garganta, facial dolor o entumecimiento. Otro: _____

C-V (corazón y vasos sanguíneos) ☐ Sin problemas Latidos cardíacos irregulares, corazón acelerado, dolores en el pecho, hinchazón de pies o piernas, dolor en las piernas al caminar. Otro: _____

Resp. (Pulmones y respiración) ☐ Sin problemas Dificultad para respirar, sudores nocturnos, tos, producción de esputo, tuberculosis previa, pleuresía, oxígeno en casa, tos con sangre, radiografía de tórax anormal. Otro: _____

GI (estómago e intestinos) ☐ Sin problemas Acidez de estómago, estreñimiento, intolerancia a ciertos alimentos, diarrea, dolor abdominal, dificultad para tragar, náuseas, vómitos, sangre en las heces, inexplicable cambio en los hábitos intestinales, incontinencia. Otro: _____

GU (riñón y vejiga) ☐ Sin problemas, urgencia, problemas de próstata, problemas de vejiga, impotencia. Otro: _____

EM (músculos, huesos, articulaciones) ☐ Sin problemas Dolor en las articulaciones, dolor en los músculos, dolor en el hombro, hinchazón de las articulaciones, deformidades de las articulaciones, dolor de espalda. Otro: _____

Integ. (Piel, Cabello y Senos) ☐ Sin problemas nueva lesión en la piel, cambios en lesión cutánea existente, caída o aumento de cabello, alteraciones mamarias. Otro: _____

Neurológico (cerebro y nervios) ☐ Sin problemas Dolores de cabeza frecuentes, visión doble, debilidad, cambio de sensación, problemas para caminar o de equilibrio, mareos, temblores, pérdida del conocimiento, Movimientos incontrolados, episodios de pérdida visual. Otro: _____

Psiquiátrico (estado de ánimo y pensamiento) ☐ Sin problemas Insomnio, irritabilidad, depresión, ansiedad, malos pensamientos recurrentes, cambios de humor, alucinaciones, compulsiones. Otro: _____

Endocrinológico (glándulas) ☐ Sin problemas Intolerancia al calor o al frío, menstrual irregularidades, hambre / micción / sed frecuentes, cambios en el deseo sexual. Otro: _____

Hematológico (Sangre / Linfa) ☐ Sin problemas Sangrado fácil, moretones fáciles, anemia, anormal análisis de sangre, leucemia, áreas inflamadas inexplicables. Otro: _____

Alérgico / inmunológico ☐ Sin problemas Alergias estacionales, síntomas de fiebre del heno, picazón, infecciones frecuentes, exposición al VIH. Otro: _____

Paul Potach D.P.M.
31 West Dundee Rd
Wheeling IL, 60090

Póliza de Cancelación, Cambiar Citas, Falta de Pago

VISITA DE LA OFICINA:

Cuando necesite cancelar o cambiar una cita de oficina, debe llamar a nuestra oficina al menos 24 horas antes de la cita.

Habrà un cargo de \$50.00 por no aparecer o llamar dentro de las 24 horas por cancelar o cambiar su cita.

Cirugía/Procedimiento

Hay mucho esfuerzo involucrado en la programación de una cirugía. Debemos organizar el sitio médico, anesthesiólogo y de la instalación para su cuidado durante el procedimiento.

Una vez que una cirugía está programada y confirmada habrá un cargo de \$100 por cancelar debido a una razón médica no documentada o no aparecer.

Estos cargos serán su responsabilidad y no la de su compañía de seguros.

Usted es responsable de sus copagos de seguro, coseguro y deducible de acuerdo con su plan de beneficios de seguro. Póngase en contacto con su compañía de seguros para confirmar su responsabilidad financiera y obligación.

Falta de pagos de su Cuenta

Reconosco que si no pago mi saldo de acuerdo con los términos de mi estado de cuenta, mi cuenta será re entregado a una agencia de cobros. Acepto pagar un impuesto de cobro del 40% o cualquier cargo adicional o cargos de impuestos por la agencia de cobro o los asociados con el proceso de cobro.

Reconozco la recepción de esta declaración y entiendo y acepto los términos anteriores.

firma del paciente

Fecha

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"). Tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y dar seguimiento a varios proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtenga pagos de terceros pagadores.
- Realizar operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y comprendido su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de mi información médica. Entiendo que Dundee Foot And Ankle tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que Dundee Foot and Ankle no está obligado a aceptar las restricciones que solicito, pero si están de acuerdo, están obligados a cumplir con dichas restricciones. También entiendo que puedo comunicarme con su oficial de cumplimiento en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el pacientes: _____ Fecha de firma: _____

¿Tenemos su permiso para hacerlo?

¿Dejar un mensaje en su buzón de voz sobre su (s) cita (s)? ☐ Sí ☐ No

¿Dejar un mensaje en su buzón de voz pidiéndole que llame a nuestra oficina? ☐ Sí ☐ No

¿Contactarte en tu lugar de trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos dejar un mensaje para recordarle sus citas? ☐ Sí ☐ No

Discutir o coordinar su plan de tratamiento con otros cuidados
proveedores, incluidos, entre otros, fisioterapeutas, entrenadores, etc. ☐ Sí ☐ No

Proporcionar los nombres de las personas con las que podemos hablar sobre sus afecciones médicas, incluida la información de las citas.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Solo Para Uso De Oficina

Intenté obtener la firma del paciente en el acuse de recibo de este AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación.

Fecha: _____ Iniciales: _____ Razón: _____