

Formulario de Registro de Nuevo Paciente

AdvancedFoot
Specialists

Ph: (214) 771-3668 Fax: (915) 206-5070

Información del Paciente

Nombre del Paciente:			Fecha de Nacimiento: / /
Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	Número de Seguro Social:	¿Empleado?: Sí ☐ No ☐	Ocupación:
Dirección:			
Número de Celular:		Número de Casa: Número de Trabajo:	
Correo Electrónico:		Estado Civil: Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ En pareja ☐	
Nombre y Relación del Contacto de Emergencia:			Número de Teléfono:
Nombre del Médico Primario:			
Número de Contacto del Médico:			Última Fecha de Consulta Médica: / /

Información del Seguro

Nombre del Seguro Primario:	ID #:
Nombre del Titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre del Seguro Secundario:	ID #:
Nombre del Titular del Seguro Secundario:	Fecha de Nacimiento: / /
Relación con el Titular Primario/Secundario:	
¿Cómo se enteró de nosotros? Médico ☐ Internet ☐ Redes Sociales ☐ Seguro ☐ Familia/Amigo ☐	
Nombre del Médico Remitente	
Nombre del Amigo/Familiar que lo Refirió:	



Historial Médico del Paciente

Nombre del paciente:		Talla de Zapato:																																					
Razón de su Visita:		Nivel de Dolor:																																					
Estatura:	Peso:	¿Consumo Alcohol?: No ☐ Sí ☐ ¿Con qué Frecuencia? _____																																					
¿Fuma?: No ☐ Sí ☐ ¿Cuántos paquetes/día?: _____		¿Exfumador?: No ☐ Sí ☐ ¿Durante cuánto tiempo?: _____																																					
Síntomas Actuales (Marque si aplica): Náuseas ☐ Vómitos ☐ Fiebre ☐ Escalofríos ☐ Sudores nocturnos ☐ Sarpullido ☐ Piel pelada ☐ Picazón ☐ Ampollas ☐ Moretones ☐ Pérdida de cabello frágil ☐ Dedos de los pies fríos / Cambios de color ☐ Entumecimiento en pies/piernas ☐ Dolor de pierna al caminar ☐ Hinchazón ☐ Ardor en los pies/piernas ☐ Hormigueo en los pies/piernas ☐																																							
Alergias: ¿Tiene alguna alergia a medicamentos? No ☐ Sí ☐ ¿Cuáles y reacción?: _____																																							
Nombre de la Farmacia:		Ciudad de la Farmacia:																																					
Número de Teléfono de la Farmacia:																																							
Medicamentos Actuales y Dosis: (Lista de medicamentos y dosis actuales)																																							
_____ _____ _____																																							
Historial Médico Pasado: Si actualmente tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:																																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ ADD/ADHD</td> <td>☐ Cáncer _____</td> <td>☐ Hepatitis _____</td> <td>☐ Trastorno Neurológico</td> </tr> <tr> <td>☐ Dependencia de Alcohol/Drogas</td> <td>☐ Problemas Circulatorios</td> <td>☐ Presión Alta</td> <td>☐ Osteoarthritis</td> </tr> <tr> <td>☐ Alzheimer/Demencia</td> <td>☐ Actualmente Embarazada</td> <td>☐ Hipotiroidismo</td> <td>☐ Osteoporosis</td> </tr> <tr> <td>☐ Anemia</td> <td>☐ Diabetes Tipo I / II</td> <td>☐ Enfermedad Inmunológica</td> <td>☐ La artritis reumatoide</td> </tr> <tr> <td>☐ Ansiedad</td> <td>☐ Diálisis</td> <td>☐ Enfermedad del Riñón</td> <td>☐ Enfermedades de la Piel</td> </tr> <tr> <td>☐ Asma</td> <td>☐ Depresión</td> <td>☐ Enfermedad del Hígado</td> <td>☐ Úlcera Estomacal</td> </tr> <tr> <td>☐ Problemas de Espalda</td> <td>☐ Gota</td> <td>☐ Enfermedad Pulmonar</td> <td>☐ Otros _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Trastorno de Sangrad</td> <td>☐ Enfermedad GI</td> <td>☐ Linfedema</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Trastorno Bipolar</td> <td>☐ Enfermedad del Corazón</td> <td>☐ Alergia al Metal _____</td> <td></td> </tr> </table>				☐ ADD/ADHD	☐ Cáncer _____	☐ Hepatitis _____	☐ Trastorno Neurológico	☐ Dependencia de Alcohol/Drogas	☐ Problemas Circulatorios	☐ Presión Alta	☐ Osteoarthritis	☐ Alzheimer/Demencia	☐ Actualmente Embarazada	☐ Hipotiroidismo	☐ Osteoporosis	☐ Anemia	☐ Diabetes Tipo I / II	☐ Enfermedad Inmunológica	☐ La artritis reumatoide	☐ Ansiedad	☐ Diálisis	☐ Enfermedad del Riñón	☐ Enfermedades de la Piel	☐ Asma	☐ Depresión	☐ Enfermedad del Hígado	☐ Úlcera Estomacal	☐ Problemas de Espalda	☐ Gota	☐ Enfermedad Pulmonar	☐ Otros _____	☐ Trastorno de Sangrad	☐ Enfermedad GI	☐ Linfedema		☐ Trastorno Bipolar	☐ Enfermedad del Corazón	☐ Alergia al Metal _____	
☐ ADD/ADHD	☐ Cáncer _____	☐ Hepatitis _____	☐ Trastorno Neurológico																																				
☐ Dependencia de Alcohol/Drogas	☐ Problemas Circulatorios	☐ Presión Alta	☐ Osteoarthritis																																				
☐ Alzheimer/Demencia	☐ Actualmente Embarazada	☐ Hipotiroidismo	☐ Osteoporosis																																				
☐ Anemia	☐ Diabetes Tipo I / II	☐ Enfermedad Inmunológica	☐ La artritis reumatoide																																				
☐ Ansiedad	☐ Diálisis	☐ Enfermedad del Riñón	☐ Enfermedades de la Piel																																				
☐ Asma	☐ Depresión	☐ Enfermedad del Hígado	☐ Úlcera Estomacal																																				
☐ Problemas de Espalda	☐ Gota	☐ Enfermedad Pulmonar	☐ Otros _____																																				
☐ Trastorno de Sangrad	☐ Enfermedad GI	☐ Linfedema																																					
☐ Trastorno Bipolar	☐ Enfermedad del Corazón	☐ Alergia al Metal _____																																					
Si es diabético, ¿cuántos años han pasado desde el diagnóstico?:		Último HgA1c: _____ ; Glucosa en la sangre: _____																																					
¿Quién maneja su diabetes?		Número de teléfono:																																					
Historial Familiar: marque cualquier condición médica que sea común en su familia y escriba qué miembro(s) están afectados:																																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Diabetes</td> <td>☐ Gota</td> <td>☐ Enfermedad del Corazón</td> <td>☐ Presión Alta</td> </tr> <tr> <td colspan="4">☐ Otros: _____</td> </tr> </table>				☐ Diabetes	☐ Gota	☐ Enfermedad del Corazón	☐ Presión Alta	☐ Otros: _____																															
☐ Diabetes	☐ Gota	☐ Enfermedad del Corazón	☐ Presión Alta																																				
☐ Otros: _____																																							
Cirugías Previas: (Lista de cirugías y año)																																							
_____ _____ _____																																							



Consentimiento de Tratamiento

Doy mi consentimiento y autorizo al médico (y a los asistentes del médico o reemplazo designado) a administrar y realizar los procedimientos que el/los médico(s) consideren necesarios

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Imprima el nombre del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Relación con el paciente

Reconocimiento de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Por ley, estamos obligados a proporcionarle, o permitir su revisión, el Aviso de Prácticas de Privacidad de **Advanced Foot Specialists**, el cual establece cómo usamos y/o divulgamos su información de salud protegida "Protected Health Information (PHI)". En revisión, algunas de las formas en que usamos y/o divulgamos su "PHI" son para los siguientes propósitos:

- ♣ Tratamiento: podemos divulgar la información necesaria para su tratamiento y cuidado médico. Podemos divulgar información a aquellos involucrados en su atención médica (por ejemplo, médicos, miembros de la familia, farmacias, laboratorios, etc.)
- ♣ Pago: podemos divulgar la información necesaria para presentar reclamaciones y facturar los servicios médicos.
- ♣ Operaciones de atención médica: podemos divulgar "PHI" para llevar a cabo ciertas operaciones de atención médica (por ejemplo, encuestas, etc.)
- ♣ Sistema de salud pública

Para que podamos compartir esta información con otros, necesitamos que enumere a las personas con las que podemos ponernos en contacto.

Yo, _____, doy permiso a **Advanced Foot Specialists** para divulgar la "PHI" a:

Para comunicaciones escritas: ☐ Dirección de hogar ☐ Dirección de trabajo ☐ Otra dirección _____

Para comunicaciones orales: ☐ Número de hogar ☐ Número de celular ☐ Número de trabajo
☐ Otro _____

Por el presente, reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de **Advanced Foot Specialists** o he tenido la oportunidad de revisar el Aviso y lo acepto tal como está escrito.

Firma: _____

Fecha: _____



Responsabilidades/Políticas Financieras

En **Advanced Foot Specialists**, nos esforzamos por brindarle la mejor atención. Para cumplir con este propósito, es importante que entienda los mecanismos de reembolso. Por favor, lea este Formulario de Responsabilidad Financiera y firme al final para reconocer que comprende su responsabilidad. Si tiene alguna pregunta, por favor discútalas con nuestro personal de recepción o supervisor.

- Como nuestro paciente, usted es responsable de todas las autorizaciones/referencias necesarias para recibir tratamiento en esta oficina.
- Los copagos y los coaseguro son su responsabilidad. Su compañía de seguros espera que los cobremos de usted en el momento de su servicio. Entienda que se espera que pague su copago por cada fecha de servicio.
- Usted es responsable de sus deducibles. El deducible está determinado por su contrato individual con su compañía de seguros. No tenemos información sobre el monto del deducible de cada persona ni cuánto de ese monto se ha cumplido. Usted será responsable de obtener toda la información sobre su deducible antes de su cita en la oficina.
- Si los pagos del seguro se envían a usted por error, usted es responsable de reenviarlos a nuestra oficina.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, presentaremos su reclamación de seguro por usted si asigna los beneficios a los médicos. En otras palabras, usted acepta que su compañía de seguros pague directamente al médico. Si su compañía de seguros no paga a la práctica dentro de los 60 días, recibirá una factura.
- Todos los planes de salud no son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud determine que un servicio no está cubierto, o si no tiene una autorización, usted será responsable del cargo completo. Intentaremos verificar los beneficios para los servicios o referencias; sin embargo, usted sigue siendo responsable de los cargos por cualquier servicio prestado. Se recomienda a los pacientes que se comuniquen con sus planes para aclarar los beneficios antes de que se presten los servicios.
- Las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobranza. Todos los costos incurridos, incluyendo, pero no limitándose a, tarifas de cobranza, honorarios de abogados y tarifas judiciales, serán de su responsabilidad además del saldo adeudado a la oficina.
- Los pacientes que tengan un saldo vencido de 90 días serán enviados a cobranza a menos que se haya establecido un plan de pago.
- Hay una tarifa de servicio de \$35.00 por todos los cheques devueltos. Su compañía de seguros no cubre esta tarifa.
- Para ser justos con todos nuestros pacientes, entendemos que ocurren emergencias, pero las ausencias repetidas o cancelaciones con menos de 24 horas de aviso resultarán en una tarifa de \$25.00. Se le pedirá que pague antes de ser atendido por el médico.

Firma del Paciente/ Parte Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente/ Parte Responsable: _____

