

The Foot & Ankle Center de Dallas

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sex: __M__ F

Dirección: _____
Calle Apt # Ciudad Estado Código Postal

#Telefono _____ #Cellular _____ #trabajo _____

Correo Eletronico _____ seguro social _____ - _____ - _____

Nombre del Contacto de emergencia: _____

Tel: _____ Parentesco: _____

Preferencia de Idioma: _____ Necesita traductor _____ Empleado: Si _____ No _____

Ocupación: _____ Etnicidad: _____

(círcula) uno: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a pareja

Nombre del Médico principal ** debe ser doctor en Medicina Familiar, Atención Primaria, Medicina Interna, Endocrinología: _____

Fecha de la última visita: _____ Teléfono del médico: _____

(TENGA EN CUENTA: Los seguros relacionados con Medicare requieren que se incluya un médico de atención primaria para que se paguen ciertos servicios)

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? (círcula uno) Médico / Seguro / Internet/ AmigoFamilia/ Otro

INFORMACIÓN DE SEGURO

NOMBRE DEL SEGURO: _____ Empleador: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ seguro social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____ correlacion: _____

INFORMACIÓN DE SEGUNDA POLIZA

NOMBRE DEL SEGURO: _____ Empleador: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ seguro social _____ - _____ - _____

EXPLICACIÓN DE LA POLÍZA DE PAGO Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD

YO AUTORIZO al Foot & Ankle Center de Dallas a compartir información médica perteniendo al cubrimiento de la póliza de mi seguro(s). Autorizo a mi compañía de seguros a pagar beneficios directamente al Foot & Ankle Center de Dallas por cualquier servicio no pagado por mi. Entiendo que **SOY RESPONSABLE** del pago al Foot & Ankle Center de Dallas por los cargos para el paciente mencionado anteriormente, independientemente de mi seguro o de la negociación de acuerdos de reclamos. Reconozco que me proporcionaron una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que tuve la oportunidad de leer y comprender el documento. Por la presente también doy permiso al Foot & Ankle Center de Dallas para diagnosticar y administrar tratamiento para mi condición de pie y/o tobillo y autorizo que pueden compartir la información obtenida durante el curso de mi tratamiento.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

FOOT & ANKLE CENTER OF DALLAS

Nombre del paciente: _____ Talla de zapato: _____

Motivo de su visita _____ Nivel de dolor: _____

Consumo de Alcohol _____ Consumo de Cafeína _____

Fuma: _____ paquete(s)/X día _____ años de fumar _____ Cuanto Pesa: _____ Estatura: _____

Constitucional: ¿(círcula) Sufre actualmente: Náuseas/ Vómitos/ Fiebre /Escalofríos Sudores nocturnos

Fecha de la última vacuna contra la gripe: _____ neumonía: _____ COVID: _____

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

Ubicación y/o dirección: _____

Medicamentos: Lista de medicamentos actuales y dosis:

Historial de médicos: Si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones, marque TODAS las que correspondan.

☐ Pie de Atleta	☐ Fibrilación auricular	☐ Epilepsia	☐ Neuropatía
☐ fibrilación auricular	☐ Trastorno bipolar	☐ Tumores fibroides	☐ Osteoartritis
☐ Trastorno bipolar	☐ Trastorno hemorrágico	☐ ERGE	☐ Osteopenia
☐ Trastorno hemorrágico	☐ Coágulos sanguíneos	☐ Glaucoma	☐ Osteoporosis
☐ Coágulos sanguíneos	☐ Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ Gota	☐ Marcapasos
☐ EPOC	☐ EPOC	☐ VIH/SIDA	☐ Enfermedad arterial periférica (EAP)
☐ Enfermedad de Crohn	☐ Enfermedad de Crohn	☐ Infarto de miocardio	☐ Enfermedad vascular periférica (EVP) Psoriasis
☐ Enfermedad coronaria	☐ Trombosis venosa profunda (TVP)	☐ Hepatitis B	☐ Artritis reumatoide
☐ Embarazo	☐ Demencia	☐ Hepatitis C	☐ Convulsiones
☐ Diabetes I	☐ Depresión	☐ Hipertensión arterial	☐ Accidente cerebrovascular
☐ Diabetes II	☐ Diálisis	☐ Enfermedades inmunitarias	☐ Enfermedad tiroidea
☐ Linfedema	☐ Eczema	☐ Enfermedades renales	☐ Otro
	☐ Endocrinopatía	☐ Lupus	
		☐ Enfermedad de las uñas	

Alergias: ____ Sí ____ No. Indique cuales tiene: _____

Antecedentes familiares: círculo cualquier enfermedad que afecte a su familia y el familiar que lo tiene: _____ Diabetes/ Colesterol alto/ Gota Cardiopatía / Problemas de Circulación/ Hipertensión/ Otro(s) _____

Cirugías: Escriba todas las cirugías a las que se ha sometido. Empiece por la más reciente. Indique el año:

Si es diabético, ¿quién controla su diabetes? _____ Teléfono _____

¿Última A1C? _____ Fecha en que se hizo? _____ Realizado por: _____

FOOT & ANKLE CENTER OF DALLAS

Su comprensión de nuestras pólizas financieras es un elemento esencial para su cuidado y tratamiento. Si usted tiene alguna pregunta, por favor hable con nuestro personal de oficina o supervisor.

Como nuestro paciente, usted es responsable de todas las autorizaciones/referencias necesarias para buscar tratamiento en esta oficina. A menos que usted o su compañía de seguro médico hayan hecho otros arreglos por adelantado. El pago por los servicios de la oficina se debe hacer en el momento del servicio. Aceptamos VISA, MasterCard, Discover, efectivo o cheque.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de Seguro(s). Como cortesía, archivaremos su póliza del seguro para usted. Con esto usted asigna los beneficios al doctor(s). En otras palabras, usted acepta que su compañía de seguros pague directamente al médico. Si su compañía de seguros no paga el balance dentro de 60 días, usted recibirá una factura.

No todos los planes de salud son iguales ni cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto", o no tiene una autorización, usted será responsable de los costos de los servicios al costo. Intentaremos verificar los beneficios de los servicios o referencias; sin embargo, usted seguirá siendo responsable de los cargos de cualquier servicio obtenido. Se le aconseja que los pacientes que contacten a su aseguradora para verificar su cobertura y beneficios de su plan antes de obtener servicios médicos.

Usted debe informar a la oficina de todos los cambios de su seguro de póliza y los requisitos de autorización y referencias. En caso de que no se informe a la oficina, usted será responsable de cualquier cargo denegado.

Hay ciertos procedimientos quirúrgicos electivos para los cuales requerimos prepago. Se le informará con anticipación si requiere este procedimiento. En ese caso, el pago deberá efectuarse una semana antes de la intervención o en el momento de su cita preoperatoria.

Las cuentas vencidas están sujetas a proceder a colecciones. Todos los costos incurridos incluyendo, pero no limitado a, honorarios de cobro, honorarios de abogados y honorarios judiciales serán su responsabilidad, además del saldo adeudado a la oficina.

Los pacientes que están 90 días atrasados en su deuda será enviado a las colecciones a menos que un plan de pago se ha puesto en marcha.

Todos los cheques devueltos tienen un coste de \$25.00. Su compañía de seguros no cubre este cargo.

Para ser justos con todos nuestros pacientes, entendemos que ocurren emergencias, si repite no presentarse a su cita en varias ocasiones y/o cancelar en menos de 24 horas de anticipación resultará en un cargo de \$50.00. Es posible que se le pida que pague antes de ser atendido por el médico.

A los pacientes que lleguen a la oficina 15 minutos más tarde de su cita, se le podría pedir que cambie la cita.

Firma del Paciente/Responsable: _____ Fecha _____

Escriba Nombre del paciente/responsable: _____ Fecha _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

La ley HIPAA (Health insurance portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de su información para tratamiento, pago, y obtención de documentos médicos. Usted tiene el derecho a restringir la forma en que se utiliza y se distribuye esta información médica para tratamiento, pagos and documentos. Los términos de este aviso pueden cambiar. Si es así, se le notificará en su próxima visita para que actualice su firma y la fecha.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para utilizar y compartir su información médica que esta protegido de acuerdo con lo siguiente.

- La información médica protegida podrá compartirse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones médicas.
- Esta política de privacidad puede ser modificada por el consultorio, cuando sea necesario, según lo exija o permita la ley.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces se suspenderá toda información distribuida.
- Esta política de privacidad permanecerá vigente hasta el momento en que sea revocada por el paciente o modificada según lo exija la ley.

POR FAVOR, INDIQUE SUS PREFERENCIAS RESPECTO A SU INFORMACIÓN PERSONAL:

Notificaciones de salud: _____ E-MAIL _____ TELÉFONO _____ Mensaje de texto

Recordatorios automáticos de citas: _____ E-MAIL _____ TELÉFONO _____ Mensaje de texto

Anuncios de la consulta: _____ E-MAIL _____ TELÉFONO _____ Mensaje de texto

Información de facturación: _____ E-MAIL _____ TELÉFONO _____ Mensaje de texto

Indique el número de teléfono y/o el correo electrónico que desea utilizar:

¿Podemos hablar de su estado de salud con un familiar? _____ Sí _____ No. Con la personas:

_____ Relación con el paciente _____

_____ Relación con el paciente _____

Doy mi consentimiento para que mis registros médicos sean compartidos con otros proveedores de Foot and Ankle Center of Dallas. _____ Sí _____ NO- Sólo a petición mía

Doy mi consentimiento para que mis registros médicos sean compartidos con mis proveedores de atención fuera de Foot and Ankle Center of Dallas. _____ Sí _____ NO- Sólo a petición mía

Este consentimiento fue firmado por: _____
(ESCRIBA NOMBRE)

Firma del paciente o guardian: _____ Fecha: _____