



Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **SEXO:** M H

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO PREFERIDO:** \_\_\_\_\_ **PODEMOS DEJAR MENSAJE?:** YES NO

**NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO:** \_\_\_\_\_ **PODEMOS DEJAR MENSAJE?:** YES NO

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_ **MENSAJE RECORDATORIO:** YES NO

**PRIMER LENGUAJE:** \_\_\_\_\_ **COMO ESCUCHO DE NOSOTROS?** \_\_\_\_\_

**DOCTOR PRIMARIO:** \_\_\_\_\_ **OFICINA:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**FARMACIA PREFERIDA:** \_\_\_\_\_ **DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE TELEFONO :** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:**

**NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN:** \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION:**

**COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE MIEMBRO#:** \_\_\_\_\_ **GRUPO#:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RELACIÓN AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA :** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE MIEMBRO#:** \_\_\_\_\_ **GRUPO#:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RELACIÓN AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?**

|                                               |                                               |                                                    |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> REFLUJO ACIDO        | <input type="checkbox"/> CANCER               | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD HEPÁTICA       |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA               | <input type="checkbox"/> DIABETES             | <input type="checkbox"/> MIGRAÑA                   |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS             | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE CORAZÓN | <input type="checkbox"/> NEUROPATIA                |
| <input type="checkbox"/> ASMA                 | <input type="checkbox"/> HEPATITIS            | <input type="checkbox"/> HERIDAS ABIERTAS          |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESPALDA | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA             | <input type="checkbox"/> APNEA DEL SUEÑO           |
| <input type="checkbox"/> SANGRADO             | <input type="checkbox"/> HIPERTENSION         | <input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL          |
| <input type="checkbox"/> BRONQUITIS           | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL     | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> OTRO: _____          |                                               |                                                    |

**INFORMACIÓN SOBRE SU PROBLEMA:**

RAZÓN POR LA VISITA: \_\_\_\_\_

CUANDO EMPEZO EL PROBLEMA? \_\_\_\_\_ DURACION: \_\_\_\_\_

LOS TRATAMIENTOS QUE HA TRATADO PARA SU PROBLEMA:

---



---

SI APLICA, DESCRIBA SU DOLOR :

**AGUDO / SORDO / ADOLORIDO / ARDIENTE / IRRADIADO / CON COMEZÓN / PUNZANTE**

**OTRO:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR SELECCIONE UNO:**

EL PROBLEMA FUE CAUSADO POR UNA LESIÓN?: **SI / NO**

EL PROBLEMA AFECTA SU FORMA DE VIVIR O EL TRABAJO? **SI / NO**

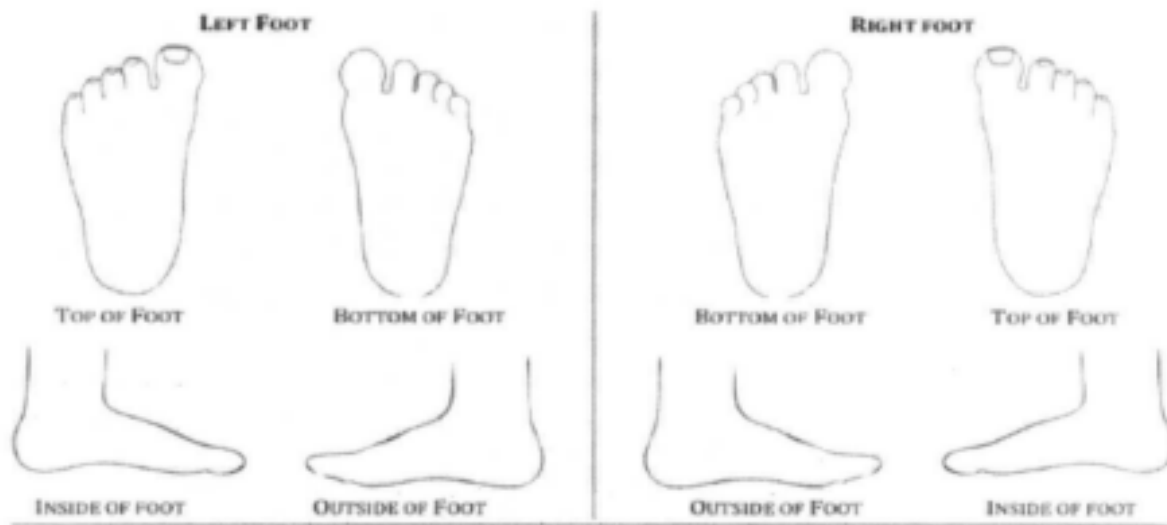
¿QUE EMPEORA EL DOLOR? **ESTAR PARADO / CAMINAR/ CORRER**

DESDE QUE EMPEZÓ EL DOLOR, :**ESTÁ IGUAL /ESTÁ PEOR/ESTÁ MEJOR**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

USANDO EL DIAGRAMA, SELECCIONE DÓNDE ESTÁ EL DOLOR



### HISTORIAL MEDICO

ALTURA: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

TALLA DE ZAPATO: \_\_\_\_\_

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:

☐ FUMADOR/A?

• CUÁNTOS PAQUETES AL DIA? \_\_\_\_\_

☐ BEBE ALCOHOL?:

• RARAMENTE | EN OCASIÓN | EN MODERACIÓN | AL DIARIO

• ¿TIENE HISTORIA DE ABUSO DE ALCOHOL? YES NO

☐ ESTÁ EMBARAZADA?

☐ USA DROGAS RECREACIONALES?: TIPO: \_\_\_\_\_

• RARAMENTE | EN OCASIÓN | EN MODERACIÓN | AL DIARIO



**POR FAVOR ESCRIBA TODAS SUS ALERGIAS:**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**MEDICAMENTOS QUE USA EN OCASIÓN Y AL DIARIO:**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**CIRUGÍAS PASADAS/HOSPITALIZACIONES: (EL MÁS RECIENTE PRIMERO):**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**HISTORIAL FAMILIAR:**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



## RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

LA PRIVACIDAD DE SUS REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN PERSONAL ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS. LA DOCUMENTACIÓN DE SU INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO/SERVICIOS MÉDICOS SON CREADOS PARA PODER DARLE EL MEJOR TRATAMIENTO Y CUMPLEN CON LAS REGLAS DE HIPAA. PREFERRED FOOT AND ANKLE SPECIALISTS/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE PUEDE COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA SU TRATAMIENTO, O AL PERSONAL DE SALUD Y PARA OBTENER CUALQUIER AUTORIZACIÓN/PRE-CERTIFICACIÓN.

RECONOZCO QUE UNA COPIA COMPLETA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PREFERRED FOOT AND ANKLE/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE ESTÁ DISPONIBLE EN SUS SITIOS WEB RESPECTIVOS, Y LA OFICINA PUEDE DARMEN UNA COPIA IMPRESA A MI SOLICITUD.

---

Nombre del Paciente/Fecha

---

Padre/Guardián/Representante Legal

---

Firma

CUALQUIER INFORMACIÓN QUE NO DESEE QUE COMPARTAMOS DEBE SER ESPECIFICADA POR ESCRITO. CUALQUIER INFORMACIÓN QUE SE SOLICITE QUE COMPARTAMOS A ALGUIEN MÁS, ADEMÁS DE UN MÉDICO, DEBE SER SOMETIDA A NOSOTROS POR ESCRITO.

POR FAVOR, ESCRIBA LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS A LAS QUE LES DA PERMISO A NUESTRA OFICINA PARA HABLAR O OBTENER COPIAS DE SU HISTORIAL MÉDICO/CONDICIÓN MÉDICA.

|               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| Nombre: _____ | Relacion al Paciente: _____ |
| Nombre: _____ | Relacion al Paciente: _____ |
| Nombre: _____ | Relacion al Paciente: _____ |
| Nombre: _____ | Relacion al Paciente: _____ |



Gracias por elegir Preferred Foot and Ankle Specialists/Pediatric Foot and Ankle como su podólogo preferido. Estamos comprometidos a brindarle el mejor cuidado posible. Su comprensión del acuerdo de la política financiera es importante. Por favor, lea cuidadosamente y ponga sus iniciales y firme donde se indique. Se le dará una copia a su solicitud.

**Seguro:** Como cortesía, Preferred Foot & Ankle Specialists/Pediatric Foot and Ankle verificará sus beneficios. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su aseguranza, que incluye copagos, deducibles, coseguro y servicios no cubiertos. La cobertura, los beneficios y las cotizaciones proporcionadas no son una garantía de pago o cobertura y pueden cambiar. Si su compañía de seguros no paga a la práctica dentro de 60 días, el saldo adeudado se le facturará automáticamente a usted. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Prueba de Seguro:** Facturaremos a su seguro con la información que nos comparte. Su falta de compartir información correcta podría resultar en la denegación de la reclamación. Si esto ocurre, usted asume la responsabilidad del total de la reclamación. Si más tarde recibimos un pago de su seguro, le reembolsaremos cualquier sobrepago. Si es necesario, obtener la referencia adecuada de su Doctor primario es su responsabilidad. La falta de una referencia válida significa que el paciente será responsable de pagar la cantidad total o deberá reprogramar la cita. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Copagos y Deducibles:** Todos los copagos, deducibles y coseguro deben pagarse en el momento del servicio. No facturamos los copagos. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. El no cobrar los pagos en el momento del servicio puede considerarse fraude. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**DME:** Si se prescribe/dispensa algún DME (botín de yeso/férula nocturna/férula para tobillo) en el momento del servicio, cobramos nuestra tarifa ajustada según su seguro. Si se realiza un sobrepago, se le emitirá un reembolso una vez que la reclamación haya sido procesada por su compañía de seguros. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Pago:** Se espera el pago en el momento de su visita. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, tarjetas de crédito y CareCredit. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, coseguro, copago y cargos no cubiertos por su compañía de seguros. Después de 90 días de no pago, las cuentas pueden estar sujetas a nuestro proceso de cobranza. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

***Si circunstancias especiales hacen que el pago inmediato sea imposible, los arreglos de pago deben ser aprobados previamente por nuestro departamento de facturación.***

**Servicios No Cubiertos:** Tenga en cuenta que algunos o todos los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados médicamente necesarios por su compañía de seguros. Cualquier servicio determinado como no cubierto por su plan será su responsabilidad. **Iniciales:** \_\_\_\_\_



**Pediatric Patients:** El padre o adulto acompañante es responsable de cualquier pago de copagos, deducibles o coseguro en el momento de la cita. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Citas Perdidas:** Agradecemos un aviso con 24 horas de antelación en caso de cancelación o reprogramación de cita. El no notificar resultará en una tarifa de \$50 por no presentarse. Varias ausencias o cancelaciones podrían resultar en una tarifa de \$75. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Formas/Documentos:** Cualquier papeleo de FMLA/discapacidad y/o formas adicionales que deban ser completados por los proveedores tendrá una tarifa de \$25 por completarlos. Esto excluye cualquier nota de trabajo/nota escolar. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**HE LEÍDO Y COMPREENDO COMPLETAMENTE LA POLÍTICA FINANCIERA ESTABLECIDA POR PREFERRED FOOT AND ANKLE SPECIALIST/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE. ACEPTO QUE, SI SE VUELVE NECESARIO REMITIR MI CUENTA A UNA AGENCIA DE COBRANZA, TAMBIÉN SERÉ RESPONSABLE DE LA TARIFA COBRADA POR LA AGENCIA POR LOS COSTOS DE COBRANZA, ADEMÁS DEL MONTO ORIGINAL ADEUDADO. ENTIENDO Y ACEPTO QUE LOS TÉRMINOS DE ESTA POLÍTICA FINANCIERA PUEDEN SER MODIFICADOS POR LA PRÁCTICA EN CUALQUIER MOMENTO SIN NOTIFICACIÓN PREVIA AL GARANTE.**

---

Nombre del Paciente o Persona Responsable

---

Fecha

---

Firma del Paciente o Persona Responsable