

¡Bienvenido/a a nuestra oficina!

Apellido: _____ Nombre: _____ Genero: ___ M ___ F

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Celular: _____ Numero de casa: _____ Trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ___ Celular ___ Numero de casa ___ Correo electrónico

Estado civil: ___ Soltero/a ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ Separdo/a legalmente

Contacto de emergencia: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Estado de empleo: ___ Tiempo complete ___ Medio tiempo ___ No trabajo Ocupacion: _____

Farmacia preferida: _____ Telefono: _____

El motivo de su visita: _____ Médico de familia: _____

¿Como supiste de nosotros? ___ Busqueda de internet ___ Nuestra página web ___ anuncio de televisión

___ Periódico ___ Revista ___ Cartelera ___ Facebook ___ Instagram ___ Referido por el doctor

___ Referido por un amigo o pariente ___ Correo electrónico ___ Evento/expo ___ Otro: _____

HISTORIAL MEDICO PERSONAL
*Revise aquellos que aplican **ahora** o **aplicaron en el pasado**:*

Artritis	No	Si	Gastritis	No	Si
Transfusión de sangre (año: _____)	No	Si	Enfermedad de rinones	No	Si
Cancer	No	Si	Enfermedad de hígado	No	Si
Diabetes	No	Si	Asma	No	Si
Epilepsias	No	Si	Problemas psiquiatricos	No	Si
Enfermedad cardiaca	No	Si	Enfermedad respiratoria / pulmonar	No	Si
Hepatitis	No	Si	Derrame cerebral	No	Si
Hipertension (presion alta)	No	Si	Enfermedad de la tiroides	No	Si
SIDA	No	Si	Enfermedad vascular / problemas circulatorios	No	Si
Problemas gastrointestinales / ulceras	No	Si	Colesterol alto	No	Si

MEDICINAS

Por favor de enlistar medicinas **corrientes**:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

ALERGIAS

____ Medicinas: _____

____ Comidas: _____

____ Otro: _____

HISTORIAL CIRURGICO

Procedimiento surgico / lesion seria / enfermedad	Año	Doctor	Hospital

¿Algun **miembro familiar** tiene o a tenido lo siguiente? Por favor indicar relacion:

Cancer: _____ Diabetes: _____

Enfermedad de corazon: _____ Derrame cerebral: _____

Presion alta: _____ Enfermedad vascular/problemas circulatorios: _____

Otros: _____

INFORMACION SOCIAL DEL PACIENTE

¿Usted fuma actualmente? ___ Si ___ No ¿Cuantos paquetes al dia? _____ ¿Por cuantos años? _____
 ¿Ha fumado en el pasado? ___ Si ___ No ¿Cuando renuncio? _____
 ¿Tiene historia de abuso de sustancias? ___ Si ___ No Si la respuesta es Si, por favor enlistarla: _____
 ¿Cantidad de alcohol consumida? Por semana _____ Por mes: _____

CONDICIONES MEDICAS

Encierra en un círculo sí o no si estas condiciones se aplican **actualmente** a ti:

Desmayos	No	Si	Dolor de cabeza	No	Si
Problemas de vejiga o defecacion	No	Si	Presion alta	No	Si
Problemas de sangramiento	No	Si	Dolor de cintura	No	Si
Cambios en color/textura de piel	No	Si	Pulmones, problemas respiratorios	No	Si
Dolores de pecho / palpitaciones	No	Si	Dolor de musculo / huesos / coyonturas	No	Si
Digestion	No	Si	Adormesimiento / Cosquilleo	No	Si
Oidos, nariz, garganta	No	Si	Hinchazon/descolorizacion de piernas	No	Si
Ojos / disturbio visual	No	Si	Perdida o subida de peso	No	Si
Fiebre / resfriado / calores / fatiga	No	Si	Mareos	No	Si

Yo autorizo pago directo tanto surgico como beneficios medicinales de mi parte, a el proveedor de estos servicios, que yo me haria cargo en el caso de no hacer esta asignacion. Yo entiendo que soy personalmente responsable con el doctor de los cargos no cubiertos por mi acuerdo con mi seguro.

Yo entiendo que si mi seguro requiere un referido, ya sea en papel o electronico, yo soy responsable por obtener un referido valido y con fecha actualizada.

La informacion enlistada por mi es verdadera y correcta de acuerdo al mejor de mi conocimiento. Yo autorizo la divulgacion de cualquier records medicos previos por fax, correo o telefono ya sea generada por doctor o hospital. Tambien, por la presente autorizo al doctor o sus asistentes para inziar el diagnostico y tratamiento de mi condicion, examinacion de rayos-x, o fotografias como sean necesarias.

Yo doy permiso a Physicians Footcare para obtener y divulgar informacion medica a companias de seguro y doctor de referencia. Yo he leído lo siguiente y entiendo y estoy de acuerdo con la poliza de la oficina de Physicians Footcare.

 Fecha

 Firma de paciente o guardian legal

Si no es el paciente, Relacion para el paciente:

___ Padre/Madre ___ Poder legal ___ Guardian legal ___ Otro: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Este aviso describe las formas en que usamos y divulgamos información sobre usted. También explicará sus derechos para obtener acceso a su información de salud y las obligaciones legales que tenemos con respecto a su control, protección, uso y divulgación de acuerdo con la ley de HIPPA: Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996.)

La ley nos exige que:

- Mantener la privacidad y seguridad de su información.
- Utilizar su información para tratamiento, investigación, mejora de la calidad y atención al paciente, compártelo con otros profesionales de la salud que lo están tratando y bil de servicios.
- Cumplir con la aplicación de la ley y las agencias gubernamentales, incluida la compensación de los trabajadores. y el departamento de salud pública según lo exijan las leyes estatales y federales.
- Notificarle en caso de una violación de datos.

Nosotros no:

- Vendemos su información personal con propósito de marketing.
- Divulgar voluntariamente cualquier información sin un comunicado firmado por usted.

Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos.

Tus derechos:

- Copias de sus registros dentro de 30 días de haber realizado dicha solicitud. Los registros están sujetos a nuestros cargos de registros médicos (Medical Record Charges) como determinado por la ley estatal.
- Pedir que corrijamos su información de salud. Recibirá una respuesta a su solicitud dentro los 60 días.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Pídanos que limitemos lo que compartimos
- Pídanos una lista de cómo se divulgó su información de salud.
- Recibir una copia impresa de este aviso.
- Elija a alguien para que actúe en su nombre (poder notarial duradero, tutor legal, etc.)
- Presente una queja si considera que se violan sus derechos (no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.)

Cualquier uso o divulgación de su información de salud protegida (Protected Health Information: PHI) que no se menciona en este aviso se realizará solo con su autorización por escrito. Le solicitaremos que firme un formulario separado titulado “Política de privacidad / Asignación de beneficios / Divulgación de información” reconociendo que ha leído una copia de este aviso. El reconocimiento se archivará con sus registros.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

He leído el Aviso de Prácticas de Privacidad de Physicians Footcare (Physicians Footcare Notice of Privacy Practice) y entiendo que mi información de salud protegida (Protected Health Information: PHI) puede divulgarse a otros proveedores de atención médica, hospitales, compañías de seguros, etc. como se describe en la política, de acuerdo con la ley de HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996). Una copia en papel de la política está disponible para mí bajo mis derechos.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo el pago de mi compañía de seguros directamente a Physicians Footcare por cualquier cargo incurrido por el tratamiento médico en dicho centro en el que se presta la atención.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

También autorizo a los médicos y al personal de Physicians Footcare a hablar y divulgar información a las siguientes personas sobre mi atención médica. Entiendo que esta versión permanecerá vigente hasta que la revoque, lo que puedo hacer en cualquier momento, por escrito.

Cónyuge/pareja: _____

Niño(s): _____

Otro: _____ Relación: _____

Otro: _____ Relación: _____

Al firmar a continuación, certifico que he leído y acepto lo anterior.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ *Fecha:* _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN 24 HORAS Y "NO SHOW" (cuando no está presente para una cita programada) TARIFA.

Reconociendo que el tiempo de todos es valioso y que el tiempo de la cita es limitado, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación si no puede cumplir con su cita. Cada vez que un paciente pierde una cita sin avisar adecuadamente, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, Physicians Footcare se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$ 25.00 por cada cita perdida ("no show"/perder una cita) que no se cancela dentro de un aviso previo de 24 horas.

Las tarifas de "No show" (Perder una cita sin avisar) se facturarán al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "No shows" (faltar a varias citas sin previo aviso) en cualquier período de 12-meses puede resultar en la terminación de nuestra práctica.

Gracias por su anticipada cooperación.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido este aviso y entiendo esta política:

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____