



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES NUEVOS

¡Bienvenidos a nuestra oficina!

Apellido: _____ Nombre: _____ Género: ___M___F

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

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ___Teléfono celular ___Teléfono de casa ___Correo electrónico

Estado civil: ___Soltero ___Casado ___Divorciado ___Viudo ___Separados legalmente

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Situación laboral: ___Tiempo complete ___Tiempo parcial ___No empleado ___Ocupación _____

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

Motivo de la visita: _____ Médico de cabecera: _____

¿Cómo nos conociste por primera vez? ___Búsqueda en Internet ___Nuestro sitio web ___Anuncios de televisión ___Anuncio en el periódico ___Anuncio en revista ___Cartelera ___Facebook (en inglés) ___Instagram (en inglés) ___Referido por el Dr. ___Recomendado por un amigo/familiar ___Correo electrónico ___Evento/Expo ___Otro: _____

INFORMACIÓN SOCIAL

¿Fumas actualmente? Sí No ¿Cuántos paquetes al día? _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Has fumado anteriormente? Sí No ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Antecedentes de abuso de sustancias? Sí No En caso afirmativo, enumere: _____

Cantidad de alcohol consumido: Por semana _____ P o r m e s _____

¿Cuál es tu talla de zapato? _____

Problemas médicos pasados o actuales del paciente

Por favor, marque sí o no a las que se aplican a usted **ahora** o que **se le han aplicado en el pasado**:

Artritis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Gota	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Jaqueca	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Desmayo/desmayos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Evacuación de la vejiga/intestino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Transfusión de sangre (año: _____)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	VIH u otra inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	HX de coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Cambios en el color/textura de la piel	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Nefropatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Dolor/palpitaciones en el pecho	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Trastorno hepático	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Deformidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Dolor muscular/óseo/articular	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Diálisis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Problema psiquiátrico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Digestión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Enfermedad de Raynaud	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Mareos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Respiratorio (pulmón ___ Tos ___)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Oídos, nariz, garganta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Golpe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Epilepsia/trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Hinchazón, decoloración, extremidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Ojos/alteración visual	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Fiebre/escalofríos/sudores/fatiga	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Úlcera (pierna ___ pie ___)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Fibromialgia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Varices	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Gastritis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Enfermedad vascular/problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad gastrointestinal (úlceras)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Pérdida o aumento de peso	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

Por la presente, autorizo el pago directo de beneficios quirúrgicos y médicos en mi nombre al proveedor de estos servicios que de otro modo me correspondería si no hiciera esta cesión. Entiendo que soy personalmente responsable ante el médico por los cargos no cubiertos por mi acuerdo de seguro. Permito que se utilice una copia de esta cesión en lugar del original para fines de facturación.

Reconozco que si mi seguro requiere una referencia impresa o electrónica, soy responsable de obtener una referencia actualizada y válida.

La información que proporcioné es precisa a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de cualquier registro médico previo por fax, correo o teléfono, ya sea por médico u hospital. Además, por la presente autorizo al médico o a sus asistentes a iniciar el diagnóstico y tratamiento de mi afección mediante un examen de rayos X o fotografías, según sea necesario.

Doy permiso a Physicians Footcare para obtener y divulgar información médica a las compañías de seguros y a los médicos remitentes. He leído lo siguiente y entiendo y estoy de acuerdo con la política del consultorio de Physicians Footcare.

Fecha

Firma del paciente o tutor legal Si no

es paciente, relación con el paciente:

___ Padre ___ Poder notarial ___ Tutor legal ___ Otros: _____

MEDICAMENTOS

Haga una lista de **todos** sus **medicamentos** actuales:

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

ALERGIAS

- ___ Medicamentos: _____
- ___ Alimentos: _____
- ___ Otro: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Procedimientos quirúrgicos / lesiones graves / enfermedades	Año	Médico	Hospital

¿Algún **miembro de la familia** ha tenido alguno de los siguientes síntomas? Por favor, indique la relación:

- Cáncer: _____ Diabetes: _____
- Enfermedad cardíaca: _____ Golpe: _____
- Trastorno hipertensivo: _____ Enfermedad vascular periférica: _____
- Otro: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Este aviso describe cómo usamos y divulgamos información sobre usted. También explicará sus derechos para acceder a su información de salud y nuestras obligaciones legales con respecto a su control, protección, uso y divulgación de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Estamos obligados por ley a:

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

No haremos lo siguiente:

- Vender su información personal con fines de marketing
- Divulgar voluntariamente cualquier información sin una autorización firmada por su parte.

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

Sus derechos:

- Copias de sus registros dentro de los 30 días posteriores a la presentación de dicha solicitud. Los registros están sujetos a nuestros cargos por registros médicos según lo determine la ley estatal
- Pedirnos que corriamos su información de salud. Recibirá una respuesta a su solicitud en un plazo de 60 días
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pídenos que limitemos lo que compartimos
- Pídanos una lista de cómo se ha divulgado 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.)
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos (no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja)

Cualquier uso o divulgación de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que no se mencione en este aviso se hará solo con su autorización por escrito. Le solicitaremos que firme un formulario por separado titulado "Política de privacidad/Cesión de beneficios/Divulgación de información", reconociendo que ha leído una copia de este aviso. El acuse de recibo se archivará con sus registros.



**FORMULARIO DE ADMISIÓN
DE PACIENTES NUEVOS**

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

He leído el Aviso de Prácticas de Privacidad de Physicians Footcare y entiendo que mi información de salud protegida (PHI) puede ser divulgada a otros proveedores de atención médica, hospitales, compañías de seguros, etc., como se describe en la póliza, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). Una copia impresa de la póliza está disponible para mí bajo mis derechos.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Physicians Footcare por cualquier cargo incurrido por el tratamiento médico en el centro donde se brinda la atención.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

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

Cónyuge/pareja: _____

Niño/s: _____

Otro: _____ Relación: _____

Otro: _____ Relación: _____

Al firmar a continuación, certifico que he leído y estoy de acuerdo.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____



POLÍTICA FINANCIERA

En Physicians Footcare, nos dedicamos a brindar atención de alta calidad y ayudarlo a maximizar los beneficios de su seguro. Para facilitar esto, tenga en cuenta nuestra política de pago:

- Pago adeudado: A menos que se hagan arreglos previos, el pago vence en el momento del servicio.
- Cargos por pago atrasado: Los saldos de más de 30 días de antigüedad incurren en cargos de cobro adicionales y 1.5% de interés mensual.

Puntos clave:

1. Seguro: Su póliza es un contrato entre usted y su aseguradora. La mayoría de las compañías de seguros suelen cubrir nuestros honorarios hasta el límite máximo.
2. Cobertura: Es posible que no todos los servicios estén cubiertos. No tenemos control sobre esto.
3. Pacientes de Medicare: Usted es responsable del deducible anual del 20% de coseguro y cualquier monto de coseguro no pagado.
4. Reclamaciones: Presentamos reclamaciones de seguro como cortesía, pero usted es responsable de todos los cargos. Póngase en contacto con nosotros si tiene dificultades financieras.

Por favor, pregúntenos si tiene alguna pregunta o necesita aclaraciones.

Laboratorios PCF: Estamos afiliados a los Laboratorios PFC para la preparación de muestras. Si recolectamos muestras para patología (tomamos biopsias), las enviaremos a PFC Laboratories a menos que usted nos indique lo contrario. PFC Laboratories facturará a su compañía de seguros por los cargos incurridos, y usted recibirá una factura directamente de PFC. Por favor, comuníquese con PFC Laboratories al 833-732-3668 si tiene preguntas específicas sobre los cargos de laboratorio. Su compañía de seguros puede tener un acuerdo con un laboratorio específico. Debe notificarnos en el momento del check-in si prefiere un laboratorio que no sea PFC Laboratories.

Stride Pharmacy: Estamos afiliados a Stride Pharmacy para medicamentos recetados o compuestos. Si enviamos medicamentos recetados o compuestos, los enviaremos a Stride Pharmacy a menos que nos indique lo contrario. STRIDE Pharmacy le facturará a tu compañía de seguros por cualquier cargo incurrido y recibirá una factura directamente de Stride Pharmacy. Comuníquese con STRIDE Pharmacy al 843-531-5187 si tienes preguntas específicas sobre los cargos por medicamentos recetados.

Servicios de radiología: Estamos afiliados a PFC Radiology para servicios de rayos X, resonancia magnética y tomografía computarizada. Si solicitamos servicios de radiología (rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada), los enviaremos a PFC Radiology a menos que usted nos indique lo contrario. PFC facturará a su compañía de seguros por cualquier cargo incurrido, y usted recibirá una factura directamente de PFC. Comuníquese con PFC al 833-732-3668 si tiene preguntas específicas sobre los cargos de radiología.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido este aviso y entiendo estas políticas:

Nombre impreso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____



CANCELACIÓN DE 24 HORAS Y POLÍTICA DE CARGOS POR "NO PRESENTACIÓN"

Reconociendo que el tiempo de todos es valioso y que el tiempo de la cita es limitado, le pedimos que notifique con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Cada vez que un paciente falta a una cita sin previo aviso, 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 presentada") que no se cancele con 24 horas de anticipación. Los honorarios por "no presentarse" se facturarán al paciente. El seguro no cubre esta tarifa y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "ausencias" en cualquier 12 meses pueden resultar en la terminación de nuestra práctica. Gracias por su cooperación anticipada.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido este aviso y entiendo estas políticas:

Firma: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE CESIÓN DE SEGURO Y MEDICARE

Autorizo el pago de BENEFICIOS MÉDICOS que se realice en mi nombre a Physicians Footcare por cualquier servicio que se me brinde. Autorizo la divulgación de cualquier información médica en poder de Physicians Footcare a la administración de financiamiento de atención médica y sus agentes para procesar mis reclamos.

Firma: _____ Fecha: _____