



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 completo ___ 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 _____ Por mes _____

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

Por la presente, autorizo el pago directo de los beneficios quirúrgicos y médicos en mi nombre al proveedor de estos servicios, que de otro modo me corresponderían 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 electrónico o teléfono, ya sea por parte de un 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: _____



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES NUEVOS

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 incurrir 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 PFC: 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: _____