

Formulario Demografico del Paciente



Fecha de Hoy: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial Medio:		
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social (REQUERIDO):	Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro		
Domicilio:				
Calle	Ciudad	Estado	Area Postal	
Numero de Telefono:				
Direccion de correo electronico:				
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro	Raza (opcional): <input type="checkbox"/> Blanco-no hispano <input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro
Situacion Laboral:	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Estudiante	Empleador:		

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____ Relacion al Paciente: _____

INFROMACION DE REFERENCIA MEDICA

Doctor Primario: _____ Medico Referente: _____

Como se entero de la Dr. Gonzalez?

INFORMACION DE PARTE RESPONSABLE (GUARANTOR)

Relacion al Paciente: Yo mismo (Si es uno mismo, pase a llenar aseguranca primaria)
 Esposa/Esposo Padre/Madre Otro

Apellido:	Nombre:	Medio Inicial:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Numero de Telefono:			

ASEGURANCA PRIMARIA

Nombre de Aseguranca Primaria:	Numero de Polica:	Group No:
Numero de telefono de Aseguranca Primaria:	Nombre de Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:
Relacion de suscriptor al paciente:		

ASEGURANCA SECUNDARIA

Nombre de Aseguranca Secundaria:	Numero de Polica:	Group No:
Numero de telefono de Aseguranca Secundaria:	Nombre de Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:
Relacion de suscriptor al paciente:		

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha de Hoy: _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFROMACION DEL MEDICO

Doctor Primario: _____ Fecha de la visita más reciente: _____

FARMACIA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Ubicación: _____

HISTORIA SOCIAL

¿Bebes alcohol? Nunca Raramente Moderado Diario ¿Cuándo renunciaste?

¿Tabaco? Nunca Si (Paquetes actuales por día): _____ ¿Cuándo renunciaste?

ALERGIAS

HISTORIA DE CIRUGIA

HISTORIA MEDICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer/demencia | <input type="checkbox"/> Problemas de pulmon | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Asma/EPOC | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Mrsa |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Ataque de corazon | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> |

¿Otras condiciones? _____

¿HISTORIA DE DIABETES? Si no, vaya a la siguiente sección.

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tipo I | Fecha del A1C más reciente: _____ | A1C Medido: _____ | <input type="checkbox"/> Dieta y Ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Tipo II | | | <input type="checkbox"/> Medicamentos orales |
| | | | <input type="checkbox"/> Insulina |
| ¿Complicaciones diabéticas? | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| | <input type="checkbox"/> ulceración del pie | <input type="checkbox"/> Amputación(es) | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión |
| | <input type="checkbox"/> Pie/tobillo de Charcot | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular | <input type="checkbox"/> Otro |

LISTA DE MEDICAMENTOS

Nombre	Dosis	Frecuencia

Yo entiendo que las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina de podología de cualquier cambio en el estado médico.

Paciente, Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACION

Doy mi consentimiento para que Stephanie Gonzalez, DPM, PA se comunique conmigo en relacion a mi atencion medica de la siguiente manera:

No de telefono de casa _____ No de telefono celular _____

Entiendo que durante la transmisión de estos mensajes, la información contenida en un punto u otro puede pasar a través de una red pública a un dispositivo electrónico personal y, como tal, la transmisión puede no ser segura. Sin embargo, la práctica no transmitirá ninguna información personal o confidencial sobre su salud, procedimientos o estado de la cuenta sin su permiso. Acepto informar a la práctica si mis números de teléfono y / o mi dirección de correo electrónico cambian. Entiendo y reconozco que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento.

Por la presente reconozco que he leído y comprendido el Consentimiento de comunicación.

Nombre: _____

Firma: _____

CONSENTIMIENTO DE IMAGENES

Si desea dar su consentimiento a Stephanie Gonzalez, DPM, PA para el uso de fotografías o imágenes de medios electrónicos en cualquier presentación de todo tipo, seleccione una de las opciones a continuación. Puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando al personal de la oficina por escrito. Las imágenes se almacenarán en un lugar seguro y solo el personal autorizado tendrá acceso a ellas. Se conservarán si son relevantes y después de ese tiempo se destruirán.

Escriba sus iniciales y continúe firmando y fechando,

_____ Por la presente otorgo a Stephanie Gonzalez, DPM, PA, permiso para usar cualquier fotografía o imágenes de medios electrónicos tomadas en mi visita.

_____ **NO** doy permiso a Stephanie Gonzalez, DPM, PA, para usar fotografías o imágenes de medios electrónicos tomadas durante cualquier visita.

Firma: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

1. Por la presente doy mi consentimiento voluntario para dicha atención, incluidos los procedimientos de rutina y otros tratamientos por parte de profesionales y sus asignados, designados según sea necesario a su juicio.
2. Reconozco que no se me han dado garantías como resultado de tratamientos o exámenes.
3. Entiendo que para ciertos procedimientos que mi médico considere necesarios, se me solicitará que firme un Formulario de consentimiento especial. Además, si no entiendo completamente un procedimiento o sus riesgos, consecuencias y métodos alternativos de tratamiento, tengo derecho a interrogar al profesional apropiado.

Por la presente reconozco que he leído y comprendido el Consentimiento para tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestra práctica es requerida por la ley para mantener la confidencialidad de su información de salud. Como resultado, debemos proporcionarle la siguiente información importante:

Uso y divulgación de su información médica en ciertas circunstancias especiales:

1. Autoridades de salud pública e instalaciones de supervisión de la salud.
2. Demandas y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si así lo exige la policía.
4. Si usted es miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras (incluyendo veteranos).
5. Para programas de Compensación de trabajadores y similares.
6. Cuando el personal médico solicita autorizaciones previas para continuar el tratamiento médico.
7. Para reducir o prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad de otros en ciertos situaciones.

Sus derechos con respecto a su información médica:

1. Usted puede solicitar una restricción en nuestro uso o revelación de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos la divulgación de su información médica solo de ciertas personas involucradas en su cuidado del pago de su cuidado, tales como familiares y amigos. No estamos obligados a aceptar su solicitud; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando la ley lo exija de otra manera en emergencias, o cuando la información es necesaria para tratarlo.
2. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, incluyendo los registros médicos de pacientes y los registros de facturación a un costo de \$40.00. Debe presentar su solicitud por escrito a su médico.
3. Usted puede revocar este consentimiento de su información médica protegida por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.
4. Usted puede revocar este consentimiento de su información médica protegida por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.
5. Usted puede revocar este consentimiento de su información médica protegida por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.

Por la presente reconozco que he leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad y doy mi permiso para usar y divulgar mi información de salud.

Firma del Paciente o Persona Legalmente Autorizada

Fecha

Nombre Completo del Paciente

Fecha



Politica de Citas

Gracias por elegir a Stephanie Gonzalez, DPM, PA para su atención podiatrica. Debido a una larga lista de espera de nuevos pacientes y un gran volumen de no asistencia a llamadas, exigimos que los pacientes tengan la información de su tarjeta en el archivo. Se cobrara una tarifa de \$25.00 por cancelaciones que no se notifiquen con 24 horas de anticipación y por no presentarse. **ESTE PAGO NO SE COBRARÁ A MENOS QUE EL PACIENTE NO LLEGUE A SU CITA O NO DE UN AVISO DE 24 HORAS PARA UNA CANCELACIÓN.**

Al firmar voluntariamente a continuación, demuestro que he leído, entendido y estoy de acuerdo con la información indicada anteriormente.

Nombre del paciente o tutor legal: _____

Firma del paciente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Información de Tarjeta de Credito

Número de tarjeta: _____

Fecha de Caducidad: _____

Codigo Postal de Facturación: _____

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegir nuestra oficina para su atencion podologica. Estamos comprometidos a brindar atencion y servicio de calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaracion de nuestra politica financiera, que requerimos que lea y acepte antes de cualquier tratamiento.

- Por favor, comprenda que el pago de su cuenta se considera parter de su tratamietno. Las trifas se pagan cuando se cumplen los servicios. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de credito.
- Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluso si somos un proveedor contratado con su compania de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusion en su poliza de seguro, y cualquier requisito de autorizacion previa de su compania de seguros.
- Intentaremos confirmar la cobertura de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar informacion del seguro actual y precisa, incluidas las actualizaciones o cambios en la cobertura. **Si no proporciona esta informacion, sera financieramente responsable.**
- Si temenos un contrato con su compania de seguros, primero le facturaremos a su compania de seguros, menos cualquier copago o deducible, y luego le fracturaremos cualquier monto que se determine que es su responsabilidad. Si no contratamos con su compania de seguros, se espera que pague todos los servicios prestados al final de su visita. Le proporcionaremos una declaracion que puede enviar a su compania de seguros para su reembolso.
- Nosotros pediremos hacer una copia de su identificacion y tarjeta de seguro para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que su cobertura sea efectiva o que los servicios prestados seran cubiertos por su compania de seguros.

He leido las politicas financieras contenidas anteriormente y mi firma a continuacion sirve como reconocimiento de un entendimiento claro de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compania de seguros niega la cobertura y / o el pago por los servicios que se me brindan, asumo la brindan, asumo la responsabilidad financiera y pagare todos esos cargos en su totalidad.

Firma del Paciente/Responsable

Date:

Nombre del Paciente/Responsable

Relacion al Paciente