

ADVANCED FOOTCARE

(Cuidado de Pies Avanzado)

Quiero agradecerles personalmente por preferir Advanced Footcare y darles la bienvenida a nuestra practica. Estamos localizados en el 1635 N. Lee Trevino oficina No: C, El Paso, Texas 79936. Para poder atenderles en un manera más oportuna antes de su cita, favor de llenar la información del paciente adjunta en el paquete. Favor de traer con usted este paquete junto con su tarjeta de identificación, su tarjeta de seguro medico, y todas la medicinas que se encuentre tomando. Puede traer una lista de sus medicamentos incluyendo el nombre, dosis, frecuencia, y la razón por la que esta tomando dichos medicamentos.

Algunas pólizas de seguros requieren que su medico de cabecera los refiera o la orden de autorización para que puedan ser tratados. Es su responsabilidad el proveer esta forma a nuestra oficina. *Si no puedes proveernos con esta información tu seguro medico desafortunadamente no permitirá que nuestra oficina te pueda recibir hasta que la información de referencia y autorización nos sea proveída.*

Favor de estar seguro de traer con usted en el día de su cita cualquier rayo x recientes, tomografías, pruebas, reportes, o cualquier otra información pertinente o artículos que nos puedan asistir en tu tratamiento. Favor de llenar y firmar todas las formas, incluyendo la forma de HIPPA, pues esto es un requisito federal que te protege par toda revelación acerca de información de tu salud.

Gracias por escoger **Advanced Footcare** y bienvenidos a nuestras facilidades.

Acuerdo Financiero

Por medio de este documento, Autorizo a mi seguro medico que pague directamente los beneficios médicos y/o cirugías a ADVANCED FOOTCARE, permitiendo el uso de mi expediente medico como sea necesario para recuperar el pago. Esta autorización por medio de la presente es considerada válida hasta que sea revocada por mí en escrito. Yo entiendo ser responsable de todos los cargos financieros en mi cuenta. Yo soy responsable por todos los co-pagos, totales de co-aseguración, servicios/material no cubiertos, y deducibles anuales. El pago por estos servicios es requerido al tiempo del servicio rendido. **Yo entiendo que hay un recargo de \$25.00 dólares por cada cheque sin fondos regresado a esta oficina. Si no cancelo mi cita en un periodo de 24 horas o no acuda a mi cita, yo seré responsable por \$25.00 dólares de servicios de recargo.**

Firma

Fecha

FORMA DE HIPPA

Yo, _____ entiendo que como parte de mi cuidado medico, Advanced Footcare origina y retiene documentación en papelería o expedientes electrónicos describiendo mi historia medica, síntomas, resultados de análisis, exámenes, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para mi futuro plan de cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve para:

- ... Base para planear mi cuidado y tratamiento.
- ... Los medios de comunicación entre los todos los profesionales de asistencia medica que contribuyen a mi cuidado.
- ... Fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- ... Medios para que terceros puedan verificar que los servicios cobrados fueron realmente proveídos, y
- ... Equipo para operaciones de asistencia medicas de rutina como son:

Comprendo y he recibido una nota de información de las prácticas, el cual proporciona una descripción más completa uso y revelaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- ... El derecho de revisar el documento antes de firmar mi consentimiento.
- ... El derecho de objetar al uso de mi información medica como propósito de directorio,
- ... El derecho de pedir restricciones de cómo mi información medica debe usarse o revelar para proporcionar el tratamiento, pagos u operaciones de asistencia medica.

Comprendo que Advanced Footcare no requiere de aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida que la organizaron haya tomado sobre la dependencia de esto.

También entiendo que rehusar a firmar este consentimiento o el revocar este consentimiento, esta organización puede rechazar el tratarme como esta permitido el la sección 164.506 del código federal de regulaciones.

Comprendo aun más que Advance Footcare se reserva el derecho de cambiar sus avisos y practicas, antes de implementarlo, de acuerdo con la sección 164.520 del código de regulaciones federales. Si Advanced Footcare cambiara sus avisos, ellos mandaran una copia y los avisos revisados al domicilio que yo les provea.

Yo deseo tener las restricciones siguientes al uso o revelación acerca de la información de mi salud. _____

Comprendo que como parte del tratamiento por esta organización, pagos u operaciones medicas, podría ser necesario revelar mi información medica protegida a cualquier otra entidad, y yo doy mi autorización para tal revelación para estos usos permitidos, incluyendo la revelación vía fax y/o por correo electrónico.

Yo entiendo completamente y: ACEPTO REHÚSO los términos de este contrato

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

RECIBIDO POR: _____ EN _____

PACIENTE REHUSÓ EL CONSENTIMIENTO/CONTRATO REHUSADO _____

ADVANCED FOOTCARE

(FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE TODAS LAS FORMAS. FAVOR DE NO DEJAR SIN CONTESTAR; ESTO ATRASARÁ SER VISTO POR EL MEDICO. FAVOR DE IMPRIMIR)

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

(Fecha de Nacimiento)

EDAD: _____ SEXO: Masculino Femenino SS# _____ - _____ - _____

ESTADO CIVIL: Casado Soltero Divorciado Otro

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

TEL: () _____ - _____ CELULAR # () _____ - _____ No TRABAJO: () _____ - _____

EMPLEO: _____ OCUPACIÓN: _____

EMPLEO/DOMICILIO OFICINA: _____ TEL. # _____

PERSONA RESPONSABLE: Misma persona

NOMBRE: _____ F.D.N. / / SEXO Masculino Femenino

RELACIÓN: _____ SS# _____

OCUPACIÓN: _____ EMPLEO: _____

DOMICILIO: _____ TEL. # () _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

TEL: () _____ - _____ CELULAR # () _____ - _____ TRABAJO #: () _____ - _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ Relación: _____

Teléfono # () _____ - _____

QUIEN TE REFIRIÓ A NUESTRA OFICINA?

Amigo/Familia Seguro Medico Computadora Magazín Otra _____

Medico: DR. _____ Tel. # () _____ - _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO:

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____ FDN: _____ / _____ / _____

(Fecha de nacimiento)

SEXO: Masculino Femenino SS# _____ - _____ - _____

PÓLIZA # _____ GRUPO # _____

EMPLEO: _____ RELACIÓN CON PACIENTE: _____

NOMBRE DEL SEGUNDO SEGURO MEDICO: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____ FDN: _____ / _____ / _____

(Fecha de nacimiento)

SEXO: Masculino Femenino SS# _____ - _____ - _____

PÓLIZA # _____ GRUPO # _____

EMPLEO: _____ RELACIÓN CON PACIENTE: _____

Cuestionario de Historia Médica

Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: ___ / ___ / ___

Tu problema comenzó cuando:

Accidente de Trabajo? Accidente de Auto? Régimen Diario? Ninguno ¿

Es tu problema con:

Pie derecho Pie izquierdo Ambos pies

Razón de la visita?

Dolor de tobillo Juanete Pie Plano Dolor en talón Verruga en el talón Callosidad/callos
 Pie sudoroso Inflamación Uña enterrada Pie de atleta Calambres Uñas descoloridas
 Ulceras Adormecido Otra: _____

Cuanto tiempo tienes con este problema y/o condición? _____

Favor de valorar su dolor en una escala del 1 al 10 (10 siendo el más doloroso):

En leve: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **En lo mas peor:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tipo de dolor o sensación? Constante Ocasional Simple Doloroso Punzante

Latido Agudo Adormecido Ardiente Comezón Infamación Magullado

Otro: _____

Hay algo que mejore tus síntomas y te sientas mejor? Si No

Si es positivo explicar: _____

Hay algo que agrave los síntomas?

Si es positivo explicar: _____

Has visto otro medico para este problema? Si No

Nombre del Dr. _____ Teléfono # () _____ -

Última visita: _____ Numero de visitas: _____

Que tratamiento recibiste? Ninguno Terapia Física Infecciones

Medicamentos Otra: _____

Te han hecho análisis/examen? Si No

Examen	Fecha (Mes / Año)	Local
Rayos X		
MRI Scan		
Estudio de los Nervios		
Examen de Sangre		
Otro:		

Iniciales del Medico: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

MEDICO FAMILIAR: Dr. _____ Teléfono # () - _____

Última visita: _____

Cardiólogo: Dr. _____ Teléfono # () - _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

Marcar si usted sufre actualmente o anteriormente sufrió de: Ninguno

SIDA/ HIV		Diabetes		Neuropatía
Anemia		Epilepsia		Osteoporosis
Ansiedad		Desmayos		Parkinson
Artritis		Gota		Atención Psicológica
Válvulas Artificiales		Enfermedades del Corazón		Psoriasis
Coyunturas Artificiales		Hemofilia		Enfermedad de Reflejo
Asma		Hepatitis Tipo _____		Fiebre Reumática
Problemas de columna		Alta Presión Sanguínea		Trastorno de Convulsiones
Problemas de Sangrado		Colesterol Alto		Heridas por Deportes
Coágulos		Dolor de Coyunturas		Infarto
Cáncer		Problema de Riñón		Tiroides (Hiper/Hipo)
Dolor de Pecho		Enfermedad del Hígado		Tuberculosis
Circulación		Problemas de los Pulmones		(UG) Ulceras del Esófago
Depresión		Esclerosis Múltiple		Venas Varicosas

Otro problema no indicado: _____

Comentarios de historial medico: _____

Si es diabetico: Desde cuando? _____ Toma: Pastillas / Insulina / Los dos

VA a diálisis? Si / No **Que doctor lo trata?** _____

Toma medicina para adelgazar la sangre? Si / No Nombre: _____

Cuanto tiempo? _____

Ha tenido un transplante de organo? Si / No **Tipo:** _____

Mujeres Unicamente: Esta embarazada? **Si / No Si es si: Cuantos meses tienes?** _____

Estas amamantando? Si / No

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Historia de Cirugías Pasadas:

Favor de anotar todas las cirugías que ayas tenido en el pasado.

Tipo de Cirugía	Fecha	Cirujano / Lugar

Tiene alguno de lo siguiente: Ninguno

Marcapasos		Stent	En donde:
Otro?			

ALERGIAS: No, ninguna alergia a medicamento que sea de mi conocimiento.

Eres alérgico a	Si	No	Reacción
Codeína			
Penicilina			
Sulfatiazol			
Yodo / Betadina			
Neosporin			
Anestesia Local			
Guantes Látex			
Motriz / Advil / Ibuprofen			
Aspirina			
Huevos			
Otra:			

HISTORIA SOCIAL:

Dieta Especial: Si No **Alguna Restricción?** _____

Uso de Tabaco? Si No

Tipo: _____ Duración: _____ Fecha que dejo de fumar _____

Uso de bebidas Alcohólicas? Si No

Frecuencia: _____

Uso de drogas por recreación? Si No

Tipo y Frecuencia: _____

HISTORIA FAMILIAR Ninguno

Historia Familiar	Si	No	Quien?
Diabetes			
Cáncer			
Alta Presión			
Coágulos			
Artritis Reumática			
Osteoporosis			
Otra:			

Iniciales del Medico: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

