

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Masculino Femenina

Dirección / Ciudad / Código Postal _____

Teléfono Celular _____ Teléfono de Casa _____

¿A cuál prefiere ser llamado primero: () Celular () Casa

Correo Electrónico _____

Etnicidad: NO Hispanio o Latino Hispanio o Latino Rehusó

Idioma Primario: Inglés Español Otro _____

Raza: Blanca Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico Asiático Negro o Afroamericano Indio Americano Rehusó

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Empleador _____ Profesión _____

¿COMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS?

<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Referido por Médico	<input type="checkbox"/> Yelp	<input type="checkbox"/> Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Otro _____
--------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------------------

Médico de Cabeccera: _____ Teléfono# _____ Última Vez Visto: _____

Médico que trata su Diabetes (si diabetico) : _____ Última Vez Visto: _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____ Relación: _____

¿A quién podemos divulgar información médica: _____

Farmacia _____ Dirección _____ Ciudad _____

Mi método preferido de comunicación con respecto a mi condición médica

- ¿Cómo podemos comunicarnos con usted? (marque TODAS las que apliquen) Teléfono Correo Correo Electrónico Mensaje de Texto
- ¿**Sí el método de comunicación es por teléfono, marque la casilla correspondiente a continuación (marque uno):**
 - Deje un mensaje con información detallada
 - Deje un mensaje con un número de devolución de llamada solamente
- ¿Está bien dejar mensaje con: Solo yo Paciente y / o pareja Cualquiera que conteste el teléfono
- ¿A quién podemos divulgar información médica a: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre de Seguro PRIMARIO	Número del Miembro #:
Nombre del Titular de la Póliza y Cumpleaños	Fecha de Nacimiento: / /
Empleador del Titular de Póliza	

Nombre de Seguro SECUNDARIO	Número del Miembro #:
Nombre del Titular de la Póliza y Cumpleaños	Fecha de Nacimiento: / /

Notificación de Cambios

Si o cuando cambie cualquiera de la información anterior, (es decir, nombre, número de teléfono, seguro) proporcionaré la información lo más pronto posible.

X _____ **FECHA** _____
Firma del Paciente o Padre / Tutor Legal

HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

En sus propias palabras declare la razón médica para venir a nuestra oficina:

Calzado de Zapatos: _____	¿Eres fumador actual? Sí No
----------------------------------	------------------------------------

MEDICAMENTOS- Por favor ponga en lista todos los medicamentos que toma actualmente:

ALERGIAS- ¿Es usted actualmente alérgico o ha tenido alguna vez una reacción a alguno de los siguientes?

SÍ	NO	ASPRINA	SÍ	NO	LIDOCAÍNA (ANESTESIA LOCAL)
SÍ	NO	CURITAS/ CINTA	SÍ	NO	SULFAMIDAS
SÍ	NO	LÁTEX	SÍ	NO	PENICILINA
SÍ	NO	ESTEROIDES	OTRO: _____		

CIRUGÍA MAYOR PASADAS: _____

SU Historial Médico Pasado: ¿Alguna vez USTED ha TENIDO o TIENE alguno de los siguientes?

CÍRCULE TODOS LOS QUE APLIQUEN

<p>Ojos : Cataratas Glaucoma</p> <p>Audición : Problemas Para Escuchar</p> <p>Integumentario: Eccema Olor Pies Sudosos</p> <p>Alergias Alergias Estacionales</p> <p>Trastornos</p> <p>Musculoesqueléticos: Gota Artritis</p> <p>Neurológico: Calambres (piernas o pies) Entumecimiento (piernas o pies) Hormigueo (piernas o pies) Ardor (piernas o pies) Convulsiones</p> <p>Social: Alcoholismo Consumo de Drogas</p>	<p>Respiratorio: Asma Enfermedad Pulmunar Obstructiva Crónica</p> <p>Gastrointestinal: Enfermedad del Reflujo Gastroesofó Úlceras Estomacales</p> <p>Sistema Derrame Cerebral</p> <p>Cardiovascular Enfermedad de los Riñones Enfermedad del Corazón Presión Alta</p> <p>Endócrino: Diabetes Enfermedad de Tiroides Anemia</p> <p>Psiquiatría: Depresión Ansiedad</p> <p>Inmunología: Cáncer VIH/SIDA</p> <p>(___) NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>
---	--

Historial Médico FAMILIAR pasado: Círculé TODOS los que apliquen

Padre:	Diabetes	Enfermedad de Riñones	Hipertensión	Cáncer	Ninguno	Desconocido
Madre:	Diabetes	Enfermedad de Riñones	Hipertensión	Cáncer	Ninguno	Desconocido

SÓLO PARA MUJERES: ¿ESTÁS EMBARAZADA? _____ **¿SI ESTÁS, CUÁNTOS MESES TIENES?** _____

X _____
Firma del Paciente o Padre / Tutor Legal

Fecha

PÓLIZAS DE LA OFICINA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Autorización para que el Seguro Pague

Por este medio autorizo el pago de beneficiaciones médicas facturados a mi compañía de seguros para ser pagados directamente a Trinity Foot Center, PC, la oficina de la doctora Lisa J. Brandy, DPM. Por este medio consiento en pagar cualquier servicio(s) proporcionado(s) a mí no cubiertos por mi póliza de seguro. Acepto pagar todos los copagos, deducibles, coseguros y productos vendidos a través de Trinity Foot Center, PC.

Autorizo al proveedor mencionado anteriormente a dar a conocer a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios cualquier información necesaria para reclamación o reclamo médico relacionado. Además permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar de la original. Entiendo que soy económicamente responsable de los gastos no cubiertos por mi plan de seguros.

Servicios Médicos No Cubiertos

Es importante entender que algunos de los servicios proporcionados a usted pueden no estar cubiertos por su plan de seguro actual. Por lo tanto, es importante que consulte con su compañía de seguros para verificar sus beneficios. Usted será responsable del pago total de cualquier servicio no cubierto por su seguro al momento de su visita.

Productos y Provisiones de DME (Equipo Médico Durable)

Todos los productos sin receta comprados no son reembolsables. Todos los equipos médicos duraderos (DME), como aparatos ortopédicos para el tobio/pie, zapatos y botas para caminar, etc. no son reembolsables una vez dispensados.

Cirugía

Algunos procedimientos quirúrgicos menores se realizan en nuestra oficina. La mayoría de las compañías de seguros los categorizan en la categoría de "cirugía", lo que significa que el procedimiento se puede aplicar a un deducible o coseguro quirúrgico. Por lo tanto, se le puede cobrar una cantidad superior al copago regular en su visita. Si el procedimiento no está cubierto por su seguro, le requerimos un pago de 100% en el momento de la cirugía.

Citas

Nuestro objetivo es brindarle servicios de la manera más cómoda y oportuna posible. Para lograrlo, le pedimos que llegue a tiempo a sus citas. Sabemos que su tiempo es valioso y nos esforzamos en mantenernos a tiempo, mientras proporcionamos a cada paciente cuidado personalizado. Sin embargo, las emergencias ocurren, y pueden causar retrasos en nuestro horario. Trataremos de mantenerle informado de estos retrasos en caso que surjan. **Si usted tiene que cancelar una cita, le pedimos que nos notifique con al menos 24 horas de antemano. Hay una tarifa de \$25 por cada vez que no se presente a una cita.**

Para Volver a Ordenar Recetas

Las solicitudes para volver a ordenar recetas o solicitudes para cambios serán procesadas dentro de 24 horas después de ser recibidas, durante los horarios regulares de la oficina. Por favor, póngase en contacto con su farmacia para que una solicitud por escrita pueda ser enviada por fax a nuestra oficina. Ninguna solicitud de receta o cambio de receta será procesada después de los horarios regulares de oficina o en fin de semana.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestra oficina sigue todas las leyes de Prácticas de Privacidad (HIPAA) según lo requiere la ley. El aviso de prácticas de privacidad se publica en nuestra sala de espera. Si lo solicita, se le proporcionará una copia en papel o en forma electrónica. He leído (o tuve la oportunidad de leer, sí así lo eligí) y entiendo el aviso.

Gracias por elegirnos para sus necesidades de cuidado de los pies. Si tiene alguna pregunta con respecto a estas políticas, notifíqueme a un miembro de nuestra oficina durante horas regulares. Haremos todo lo posible para asegurar su entendimiento de nuestras políticas de modo que nos podamos concentrar en usted y su cuidado. Reconozco que he leído y entiendo los contenidos de las políticas financieras y políticas de la oficina para Trinity Foot Center, PC.

X

Firma del Paciente o Padre / Tutor Legal

Fecha