

CLIFFSIDE PARK FOOT & ANKLE CENTER

HISTORIAL MEDICO

Coloque una marca en "Sí" o "No" para indicar si tiene alguna de las siguientes condiciones:

Sida/HIV	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Angina de Pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Valvula Artificial del Corazon/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asthma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neuropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Vasculat Periférica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Venas Varicosas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Diabetes Sí No Reciente HbA1c _____ Glucemia en Ayunas _____

Historial de úlceras en el pie Sí No Fumador/a Actual Anterior Nunca

Historial de Cirugías _____

Hospitalizaciones _____

Doctor Primario _____ Ultima Visita _____

Altura _____ **Peso** _____ Presión Arterial _____ **Tamaño del Zapato** _____

¿Cuál es la razón por la que viniste hoy? _____

¿Alguna vez has ido a un Podiatra? Sí No

Indique qué problemas en los pies tiene ahora o ha tenido en el pasado:

Pie de Atleta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Juanete	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Callos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Entumecimiento en los Pies	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pie Plano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en el Talon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Uña Encarnada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Verrugas Plantares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón en Tobillos o Pies	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de Tobillos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). También se me ha dado el derecho a revisar y obtener una copia de su Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

CLIFFSIDE PARK FOOT & ANKLE CENTER

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Seguro Social _____

Nombre del Paciente: Apellido _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____

Genero M / F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Casado/a Viudo/a Soltero/a Menor
Empleador / Escuela _____

Teléfono de Empleador / Escuela _____

Nombre de Esposo/a _____

Teléfono de Esposo/a _____

COMO SE ENTERO DE NOSOTROS? _____

NUMEROS DE TELEFONO

Teléfono de Casa (_____) _____

Teléfono Móvil (_____) _____

A Que Número Debemos Contactarte?

Casa Móvil

Contacto En Caso de Emergencia

Nombre _____

Relación _____

Teléfono Móvil (_____) _____

Teléfono de Trabajo (_____) _____

SEGURO MEDICO

Nombre del Suscriptor _____

Relación al Paciente _____

Compañía de Seguro _____

de Miembro _____

de Grupo _____

El paciente está cubierto por seguro adicional? Si/No

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Incluye medicamentos con receta y otros

Nombre de Farmacia _____

Número de Teléfono _____

Dirección _____

ALERGIAS

Cinta Adhesiva Codeína Aspirina

Yodo Lidocaina Penicilina

Sulfa Mariscos Latex

Otros _____

Consentimiento Para el Tratamiento

Doy mi consentimiento y mi permiso al médico para que administre los procedimientos que el médico considere necesarios.

Firma _____

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Cliffside Park Foot & Ankle Center

SEGURO: Participamos en la mayoría de los regímenes de seguros. Si no está asegurado con un plan que participamos, el pago por completo se espera en cada visita. Si está asegurado en el seguro que participamos pero no tiene una tarjeta actualizada del seguro, pago por completo para cada visita se requiere hasta que podemos verificar su cobertura. **Saber sus ventajas de seguro es su responsabilidad.** Contacte por favor a su compañía de seguros con cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a su cobertura.

MEDICARE: Somos abastecedor de Medicare que participa. Medicare así como su seguro secundario se facturará por usted. Sin embargo; eso no significa que todos los servicios están cubiertos. Los pacientes son responsables de pagar su publicación anual deducible. Usted es también responsable de cualquier coseguro.

SEGURO SECUNDARIO: Su demanda médica será remitida a su secundario.

COPAGOS Y DEDUCTIBLES: Todos los co-pagos y deducible deben ser pagados a la hora de servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. **La falta en nuestra parte de recoger co-pagos y deductibles de pacientes se puede considerar fraude.** Ayúdenos por favor en mantener la ley pagando su co-pago en cada visita.

TARIFA DE NO PRESENTACION: Si usted no cancela ni cambia la hora de su cita por lo menos 24 horas de aviso, podemos determinar \$25 de "tarifa" a su cuenta. Esta "carga de no presentación" no es reembolsable por su compañía de seguros. Se le facturará directamente por ello.

PAGA POR CUENTA PROPIA: El pago por completo es debido a la hora de servicio si usted no tiene seguro médico.

POLÍTICA DE LA TERMINACIÓN DE LOS FORMULARIOS: Las formas serán determinadas un honorario que sea recogido antes de que el abastecedor termine el documento. Este honorario será cargado en un índice de \$25 hasta 2 páginas y \$15 adicionales para cada página adicional. Las formas serán completadas dentro de 5 días laborales del pago.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Está por favor enterado que algunos de los servicios que usted recibe no se pueden cubrir o considerar razonables o necesarios por Medicare u otros aseguradores. Usted es responsable del pago de estos servicios.

REFERIDOS/AUTORIZACION: Nos requieren seguir las pautas de su plan manejado del cuidado que nos asigne por mandato que cuando usted visita a un especialista tal como el nuestro, usted debe tener un referido de su médico primario del cuidado antes de cuidado de la especialidad que busca. La obtención de referidos de su médico primario y no perder de vista sus visitas es su responsabilidad. Si usted no tiene un referido válido a la hora de su visita, su cita será cambiada.

SUMISIÓN DE LA DEMANDA: Someteremos sus demandas y le asistiremos de cualquier manera nosotros razonablemente poder de ayudar a conseguir sus demandas pagadas. Su compañía de seguro puede necesitar cierta información directamente. Es su responsabilidad conformarse con su petición. Está por favor enterado que el equilibrio de su demanda es su responsabilidad. Su beneficios de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

FACTURACIÓN AL PACIENTE: Le enviarán hasta tres avisos para su responsabilidad financiera (co-seguro, deducibles) después del pago y/o la explicación de los beneficios (EOB) que recibe de su compañía de seguros/compañías. **Después del tercer y pasado aviso, su cuenta se puede remitir a las colecciones con el interés que se acumula en el balance.** Es también su responsabilidad pagar el interés que se acumula si está enviado a las colecciones. Deje por favor saber a la oficina de la facturación si usted tiene cualquier dificultad en resolver su cuenta. Las medidas del pago se pueden tomar caso por caso. Aceptamos los métodos siguientes de pago: En efectivo, tarjetas de Crédito/Debito, Cheques. \$35.00 adicionales serán agregados a su declaración si el cheque se devuelve para los fondos escasos. En caso que su compañía de seguros sucediera enviar el pago a usted, el paciente, contamos con que usted le transmita a nuestra oficina que se le aplicará a su balance.

He leído la política ante dicha con respecto a mi responsabilidad financiera al CENTRO del PIE y del TOBILLO del CLIFFSIDE PARK de los servicios médicos proporcionados. Acuerdo pagar el PIE y el TOBILLO CENTRO cualquier balance sin pagar por mi portador de seguro para mí o la persona abajo nombrada. La asignación de ventajas yo, el infrascrito, certifica que yo (o mi dependiente) tiene cobertura con mi seguro según lo presentado y la asigna directamente al CENTRO del PIE y del TOBILLO de CLIFFSIDE PARK todas las ventajas de seguro, pagadero a mí para los servicios rendidos. Entiendo que soy responsable del pago de deductibles, de co-pagos, y/o de servicios no cubiertos. Autorizo por este medio al doctor a lanzar toda la información necesaria para asegurar el pago de ventajas. Autorizo al LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA a mi portador de seguro, o a médico solicitado a proporcionar la continuidad del cuidado. Autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

IMPRIMIR el Nombre del paciente: _____ Firma: _____

PARTE DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA (Alguien más que Ud.):

IMPRIMIR Nombre: _____ Firma: _____

Relacion al Paciente: _____ Fecha: _____