

# FOOT + ANKLE SPECIALTY CENTERS, LLC

Physicians & Surgeons of the Foot & Ankle

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_  
(Letra de imprenta) APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO

DIRRECCION DE CASA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

RAZA/ ETNICIDAD: ASIÁTICA(O) • AFROAMERICANO • MEJICANO AMERICANO • BLANCO CAUCÁSICO • OTRA RAZA •

SEXO: M• F• ESTADO CIVIL: C• V• S• D• NUMERO DE SEGURO SOCIAL# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELULAR(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONE DE TRABAJO(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

PACIENTE ESTA EMPLEADO POR \_\_\_\_\_

PARTE RESPONSABLE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ESPOSA/O PADRES \_\_\_\_\_ EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ASEGURANSA PRIMARIA \_\_\_\_\_ NOMBRE DE SUSCRIPTORES \_\_\_\_\_

# DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

ASEGURANSA SECUNDARIA \_\_\_\_\_ # DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE FARMACIA \_\_\_\_\_ NUMERO DE FARMACIA(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

QUIEN PODEMOS AGRADECER POR SU REFERENCIA?(Doctor) \_\_\_\_\_

MEDICO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ TELEFONO DE DOCTOR (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCION DE DOCTOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ULTIMA VISITA \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA QUIEN DEBE DE SER NOTIFICADO \_\_\_\_\_ TELEFONO(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO ANTERIOR POR UN PODOLOGO SI ( ) NO ( ) SI ES ASI, CUANDO \_\_\_\_\_

DESCRIBA LOS TRATAMIENTOS POR USTED O CUALQUIERO OTRO PROFESIONAL DE SALUD \_\_\_\_\_

PROBLEMA(S) EN EL PIE (FECHA DEL TRAUMA) \_\_\_\_\_

PIE \_\_\_\_\_ TOBILLO \_\_\_\_\_ DERECHO \_\_\_\_\_ IZQUIERDO \_\_\_\_\_ AMBOS \_\_\_\_\_ DURACION \_\_\_\_\_

DESCRIBA EL DOLOR(FUERTE,PESADO,PUZANTE) \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES PREVIAS Y/O OPERACIONES? \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS QUE ESTA UTILIZANDO \_\_\_\_\_

AEN GENERAL, USTED ESTA EN BUENA SALUD? SI ( ) NO ( ) SI NO, PORQUE? \_\_\_\_\_

SI USTED SABE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, POR FAVOR MARQUE(X)

( ) DIABETES ( ) DOLOR DE ESPALDA ( ) ASMA ( ) TOMA ANTICOAGULANTES  
( ) ARTRITIS ( ) VARICES ( ) PROBLEMAS DEL HIGADO ( ) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR  
( ) PROBLEMAS DEL CORAZON ( ) TUBERCULOSIS ( ) ENFERMEDAD RENAL ( ) GERD/REFLUJO/ULCERAS  
( ) PRESION ARTERIAL ( ) ENFERMEDAD DE LA SANGRE ( ) FIEBRE REUMATICA ( ) GOUT  
( ) PROBLEMAS OCULARES ( ) SOPLO CARDIACO ( ) HEPATITIS/VIH ( ) OTRO \_\_\_\_\_

SI USTED ES ALERGICO A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES, POR FAVOR MARQUE(X)

( ) NOVOCAINA ( ) PENICILINA ( ) ALIMENTOS ( ) YODO ( ) LATEX  
( ) CINTA ADHESIVA ( ) SULFA ( ) MATERIALES ( ) DROGAS/OTRO \_\_\_\_\_

YO DOY MI PERMISO A LOS MEDICOS DE FOOT ANKLE SPECIALTY CENTERS PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO Y REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUE SEAN NECESARIOS EN LOS DIAGNOSTICOS Y/O TRATAMIENTOS.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

# FOOT + ANKLE SPECIALTY CENTERS

Physicians & Surgeons of the Foot & Ankle

Phone: (480) 812-FOOT (3668)

Fax: (480) 782-1290

## REGLA FEDERAL DE PRIVACIDAD SANITARIA

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

#### REGLA DE PRIVACIDAD

El Gobierno Federal ha elaborado reglamentos en un intento de garantizar la privacidad de los pacientes en el cuidado de la salud. Esto significa que no podemos usar o divulgar información médica con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su consentimiento por escrito. Como parte de estas regulaciones, estamos obligados a informarle cómo esta oficina utiliza, comparte y protege la información de atención médica que recopilamos. Se adjunta una copia de nuestra política de oficina y más detalles con respecto a la Regla Federal de Privacidad de la Salud.

Puede revocar este consentimiento en cualquier momento, o puede solicitar restricciones adicionales sobre cómo se utiliza y divulga su información de atención médica con fines de tratamiento, pago y operación de atención médica.

Estoy de acuerdo con el Cumplimiento de Privacidad de Cuidado de la Salud que está siendo utilizado por esta oficina.

Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIENE:

TESTAMENTO VITAL •

TOMADOR DE DECISIONES SUSTITUTO •

**¿A quién autoriza según usted para aceptar resultados y/o tener información sobre su tratamiento y/o condición por teléfono/persona:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Gateway Professional Village

4915 East Baseline Road

Suite 121

Gilbert, Arizona 85234

Arizona Medical Plaza

1728 West Glendale Ave

Suite 100

Phoenix, Arizona 85021

Chandler Place

1600 West Chandler Blvd

Suite 120

Chandler, Arizona 85224

Care MD Plaza

4845 East Thunderbird

Suite 2

Scottsdale, Arizona 85254

# FOOT + ANKLE SPECIALTY CENTERS

**POLÍTICA FINANCIERA**

Estimado paciente:

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra práctica para proporcionar su cuidado de pies y tobillos. Agradecemos su confianza y esperamos mantener sus pies y tobillos sanos y felices.

Como parte de nuestros servicios, tratamos de contener el costo cada vez más. Para ello, hemos implementado esta **Política Financiera** QUE le pedimos que lea y firme. Usted puede recibir una copia de esta política para sus registros si así lo desea. El original se mantendrá en su expediente médico.

**BENEFICIOS Y COBERTURA DE SEGUROS**

Como cortesía para usted, nuestro personal se pondrá en contacto con su compañía de seguros para verificar sus beneficios de cobertura con respecto a la atención médica pediátrica. Haremos todo lo posible para aconsejarle si ciertos tratamientos no están cubiertos por su plan. Al hacer esto, debemos confiar en la información que nos proporcionen los representantes de su compañía de seguros. Documentamos a la persona con la que hablamos y la fecha de la llamada. Sin embargo, no podemos ser responsables si su empresa nos da información falsa, aunque esto es raro. La verificación de la cobertura y elegibilidad NO ES una garantía de que el pago será hecho por su compañía de seguros. Eso es determinado por su compañía de seguros en el momento en que la reclamación es presentada y revisada. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Si alguna vez tiene alguna pregunta con respecto a su cobertura, estaremos encantados de ayudarle a obtener las respuestas. En última instancia, USTED es responsable de todos los costos no curados durante el tratamiento, con la excepción de los ajustes y cancelaciones de PPO, HMO o Proveedor Preferido. Estos ajustes y amortizaciones están determinados por los contratos que tenemos con su compañía de seguros.

**COPAGOS Y DEDUCTIBLES**

Aunque aceptamos la asignación de beneficios de seguro según lo determinado por nuestros contratos de PPO, HMO y Proveedor Preferido con las diversas compañías de seguros y grupos médicos, sí requerimos el pago de copagos, montos de porciones de pacientes y cualquier deducible que se realizará en el momento del servicio.

**PACIENTES NO ASEGURADOS**

El pago completo debe realizarse en el momento del servicio. Aceptamos efectivo o cheque.

**BENEFICIOS NO CUBIERTOS**

Nos damos cuenta de que pueden surgir circunstancias imprevistas o que algunas compañías de seguros, especialmente las de HMO, pueden no cubrir algunos servicios médicamente necesarios (es decir, ortopedia). En estos casos, un plan de pago puede estar disponible. Estos serán evaluados caso por caso. Mientras tratamos de acomodar a todos nuestros pacientes, mantenemos pautas estrictas con respecto a los planes de pago. El incumplimiento del calendario de pagos dará lugar a una revocación del acuerdo del plan de pago.

**BALANCES Y DECLARACIONES**

Recibirá un estado de cuenta al final de cada mes. Si se debe realizar algún pago, el estado de cuenta tendrá una sección "Pagar **esta cantidad**". Este pago vence antes del decimoquinto del mes. Si este pago no ha sido recibido por el siguiente ciclo de facturación, se agregará a su saldo una tarifa de "**Refacturación**" de \$15.00 (quince). Esto se repetirá cada mes. Si tiene dificultades para realizar un pago, DEBE ponerse en contacto con nosotros ANTES de la fecha de vencimiento para evitar estos cargos.

Para abstenernos de aumentar nuestras tasas, debemos controlar nuestros costos y mantener la eficiencia en el aspecto empresarial de la práctica. Estamos dedicados a proporcionarle a usted y a su familia el mejor cuidado posible de pies y tobillos disponible. También intentaremos acomodarle siempre que sea posible. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta política **financiera** o cualquier otro asunto, póngase en contacto con el gerente de la oficina. Gracias por su comprensión. Esperamos poder atender todas sus necesidades de pie y tobillo.

Yo, \_\_\_\_\_, He leído esta Política Financiera, la entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_