

# Queen City Foot & Ankle Specialists

## Información de paciente

### Nombre Del Paciente:

Primer: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ apellido: \_\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino Femenino **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Tamaño de zapato:**

\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Numero De Casa#:** \_\_\_\_\_ **Numero De Trabajo #:** \_\_\_\_\_ **Celular #:**

\_\_\_\_\_

### Correo Electrónico

\_\_\_\_\_

**Raza:** Indio Americano Asiático Negro/ Afro-Americano Blanco Hawaiano/ Otro

**Etnicidad:** No-Hispánico/Latino Hispánico/ Latino

**Lenguaje Primario:** \_\_\_\_\_ **Necesita Interpretar?** Si / No

**Status de Matrimonio:** Divorciado casado compañero civil Soltero No conocido enviudado Legalmente separado

### ¿Como se enteró de nuestra oficina? (Circule todas la que apliquen)

Correo Directo Amigo compañía de seguro Internet periódico Otro Paciente Doctor Primario Otro

Nombre De la persona que lo refirió:

\_\_\_\_\_

**Doctor Primario:** \_\_\_\_\_ **Nombre de Clinica:** \_\_\_\_\_

**Contacto De Emergencia :** \_\_\_\_\_ **Numero**

\_\_\_\_\_

**HIPPA Reconocimiento:** Por la presente reconozco que he sido informado de que Queen City Pie y Especialistas de tobillo (QCFAS) tiene una política de privacidad en el lugar de acuerdo con la Ley de Responsabilidad de 1966 (HIPAA) Portabilidad del Seguro de Salud y ha hecho esta política a disposición yo. Tengo derecho a una copia de la política de privacidad bajo petición.

¿Cómo nos podemos contactar con usted? : Mail Teléfono E-mail ¿Está bien dejar un mensaje con nadie más que a ti mismo? Si o no

(Los ejemplos incluyen, pero no están limitados a, cónyuge, pareja de hecho, hijos adultos, y los padres).

Escriba el nombre de la persona (s)

\_\_\_\_\_

Autorizo la liberación de cualquier exámenes previos, resultados o imágenes en el evento QCFAS está en la necesidad de ellos para ayudar con el diagnóstico o el tratamiento de mis condiciones. Me permito una copia de la autorización para ser utilizado en lugar del original. Entiendo y reconozco que soy personalmente responsable de los servicios prestados en esta instalación. QCFAS facturará mi compañía de seguros como una cortesía. En caso de impago, entiendo que seré responsable por cualquier saldo pendiente.

Autorizo QCFAS (Dr. Roxanne Burgess, quien ellos designen) para examinar, administrar el tratamiento y para llevar a cabo dichos procedimientos generales como ella (ellos) que considere necesarias en el diagnóstico y / o tratamiento de mi condición (s). Certifico además que a lo mejor de mi creencia y reconozco la información proporcionada en mi historial de salud personal es verdadera, exacta y completa. También autorizo el médico designado para liberar la información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento.

Firma X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Impreso Nombre del Paciente o

Guardian \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Queen City Foot and Ankle Specialists

### Historial Medico

Psoriasis                      Ansiedad                      Arthritis    Asma                      Historia de coágulos de sangre  
(piernas)                      Derrame Cerebral

Sciatica                      Problemas de Espalda    Parkinson                      Problemas De Corazon  
Enfermedad de tiroides

Ataque de Corazon    COPD                      Cancer                      Alto Colesterol                      Melanoma maligno  
Ulceras

Demencia/Alzheimer    Depresión                      Diabetes

Enfermedad de Crohn    reflujo de ácido    Mala Circulación                      Gota                      enfermedad de riñón

VIH    Hepatitis                      Alta Presión                      Ataque De Corazón                      Migraña                      Venas Varicosa

- **Por favor escriba todas sus cirugías:**

\_\_\_\_\_

### **Historia Social**

¿Es Estudiante?                      Si, Tiempo Medio                      si, tiempo completo                      No, no soy estudiante

¿Tiene Empleo? Si, Tiempo Medio si, tiempo completo No, no tengo empleo

Compañía: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

- ¿Fuma o Mastica tabaco actualmente? ¿Si o No Si no, lo a utilizado en el pasado? ¿Si o No cuantas cajas al día? \_\_\_\_\_
- ¿Toma alcohol? ¿Si o No Si no, lo a utilizado en el pasado? ¿Si o No

**Historia Medica Familiar**

¿Padre o Madre han sufrido de estas condiciones?

**MOTHER:** Fallecida Diabetes Problemas De Corazón Enfermedad de Riñón Cáncer Artritis Alta Presión

**FATHER:** Fallecido Diabetes Problemas De Corazón Enfermedad de Riñón Cáncer Artritis Alta Presión

**Síntomas Actuales:**

Disminución De Fuerza Debilidad de músculos dolor de espalda dolor de rodilla  
 Dolor en los dedos del pie  
 Dolores Musculares artralgias hinchazón dificultada caminando Comezón  
 peladura de piel erupción Herida De piel descoloración en las uñas Dolor De Pie  
 palpitaciones Dolor en la pierna cundo ase ejercicio Venas Varicosa Piel Seca

**Escriba Todas las actividades athletica que usted ase:**

\_\_\_\_\_

**Razón para su visita:**

\_\_\_\_\_

**Porcentaje de tiempo que usted está parado (circule una)**

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**Tiene (Por favor circule) Articulaciones Artificiales, Válvulas de corazón o otro implantes?**

**Historial Medico**

- Por favor escriba todas las medicaciones , medicaciones Herbales y Cualquier otro medicamentos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Por favor escriba todas sus alergias y su reacción

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre de farmacia:**

\_\_\_\_\_

Ciudad y Calle: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

**Mandamos Todas Nuestras prescripciones por vía Electrónica**

¿Es sensible a las Cintas o Adhesivos? **Si o No**

**Tiene problemas con ASPRINA O Ibuprofeno (¿Aleve, Motrin, and Advil? Si o No**

Si tiene problemas por favor descríbalo

---

---

**Esta al día con todas sus vacunas? Si or No**

**Have you had a current flu shot? Yes or No**

**Esta Embarazada o amamantando ? Si or No**

¿Tiene poder Legal? Si o No. Por favor llene la información debajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ numero: \_\_\_\_\_

Queen City Foot and Ankle Specialists  
Oficina y Políticas Financieras

**Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Lo que le permite saber de antemano de nuestra oficina las políticas financieras y permite un buen flujo de comunicación.**

Recargas de Prescripción

**Para recambios de medicación, requerimos un aviso de 2 días laborales. Por favor planea en consecuencia.**

Inicial \_\_\_\_\_

Planes de Seguro

**Solicitamos respetuosamente que usted nos mantiene actualizado con su seguro actual información. Si cambia las compañías de seguros o si hay un cambio en su cobertura de seguro actual, por favor presente su tarjeta con nosotros para que podamos obtener una copia del mismo. Si la compañía de seguro que usted designe es incorrecta, usted tendrá 14 días hábiles para proporcionar con una copia de la tarjeta de seguro correcto. Si la tarjeta correcta no es proporcionada a nosotros dentro de 14 días hábiles, nosotros nos reservamos el derecho a sostener financieramente responsable de los gastos realizados.**

Inicial \_\_\_\_\_

Responsabilidad Financiera

**1. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de cualquier y todos los copagos, deducibles y coinsurances.**

**2. Copagos vencen en el momento del servicio. Se cobrará un recargo de \$5 además el co-pago si el copago no se paga al final del día hábil siguiente.**

**3. Pagan pacientes deben pagar por servicios en su totalidad en el momento de la visita.**

**4. Si no se han hecho arreglos anteriores con nuestro departamento de facturación, el saldo de cualquier cuenta más de 90 días de edad se remitirá a una agencia de colección.**

**5. Aceptamos efectivo, Visa y Mastercard en nuestra oficina.**

**6. Sólo se aceptarán cheques de pago en las facturas que haya recibido de nuestra oficina. Se cobrará una cuota de \$20 por los cheques devueltos por falta de fondos.**

Inicial \_\_\_\_\_

Forma

**Si usted tiene cualquier compensación, discapacidad o papeles FMLA para ser llenada, hay un cargo de \$5 por formulario. El pago es debido cuando las formas son dejadas. Tenemos un día de trabajo de 3 a 5**

**tiempos formas de vuelta. Si un formulario es necesario antes de 3 días de negocios,** hay un cargo adicional de pico de \$15 por formulario.

Inicial \_\_\_\_\_

**He leído y entiendo la Oficina y las políticas financieras. Me comprometo a respetar y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que sea exigible como se describe anteriormente.**

Impreso el Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/ Representante del Paciente \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

### **Bienvenido a Nuestros Pacientes Nuevos**

Bienvenido a nuestra práctica! Apreciamos la oportunidad de estar al servicio de usted y espero que usted estará satisfecho con o servicios. Nos esforzamos no sólo para cumplir, sino superar sus expectativas en cada nivel.

Queen City Foot & Ankle Specialists es una división De Los médicos Podiatras NC y Cirujanos Grupo, PLLC (NCPPSG). Contamos con divisiones en todo el estado, y trabajamos bajo un mismo número de identificación fiscal. Por lo tanto, si usted **visto** a ninguno de los médicos que se enumeran a continuación desde **1 de enero de 2013**, tenemos que saber lo que no vamos a presentar un nuevo código del paciente para su visita de hoy. Dado que las compañías de seguros se ven en la NCPPSG como una práctica general, si se le ha visto en alguna de las siguientes divisiones, que no se considerará un nuevo paciente en la práctica. Con el fin de garantizar que codificamos correctamente su visita para hoy, por favor indique si ha sido visto en cualquiera de los siguientes lugares desde **el 1 de enero de 2013**. **Visitas antes de 2013 no tienen que darse a conocer a nosotros.**

Por favor, revise los nombres de las divisiones inferiores y podólogos e indique si ha sido visto en una de estas divisiones, poniendo una **[?]** en la línea a la izquierda del nombre de la práctica. Gracias por revelar esta información a nosotros-que nos permitirá cumplir con las iniciativas de codificación correctas mandato nacional usted.

—	Alta Ridge Foot Specialists	Dr. Robert van Brederode and Dr. William Broyles
—	Ankle & Foot Center of Charlotte	Dr. Scott Basinger
—	Brunswick Foot & Ankle Surgery, P.A.	Dr. Joseph Kibler
—	Carmel Foot Specialists	Dr. Barbara Kaiser, Dr. Richard Lind, Dr. Richard Miller, Dr. Kevin Molan
—	Carolina Foot Care Associates, PLLC	Dr. Ashma Davidson, Dr. Terry Donovan, Dr. William O'Neill
—	Central Carolina Foot & Ankle Associates	Dr. Brian Futrell, Dr. Melissa Hill, Dr. John Iredale
—	Chapel Hill Foot & Ankle Associates, P.A.	Dr. Nicholas Adams, Dr. Jane Anderson, Dr. Alan Bocko
—	Charlotte Foot & Ankle Specialists, PLLC	Dr. Kristine Strauss
—	Comprehensive Foot & Ankle Center, P.A.	Dr. Zack Nellas
—	Crystal Coast Podiatry	Dr. Thomas Bobrowski
—	Eastover Foot & Ankle, P.A.	Dr. Chris Fuesy, Dr. Ron Futerman, Dr. Kent Picklesimer
—	Family Foot & Ankle Center, P.A.	Dr. Patrick Dougherty, Dr. Doug Smith
—	Family Foot Care	Dr. Kevin McDonald, Dr. Tori Simmons-Lewis
—	Foot & Ankle Center of Durham	Dr. Eric Simmons

—	Foot & Ankle of the Carolinas, PLLC	Dr. Eric Ward, Dr. Blaise Woeste
—	Gaston Foot & Ankle Associates, P.A.	Dr. David Kirlin, Dr. Ryan Meredith, Dr. Wagner Santiago
—	Greensboro Podiatry Associates, P.A.	Dr. Martha Aljouny, Dr. N'Tuma Jah
—	Hendersonville Podiatry	Dr. Russ Barone, Dr. Pam Stover
—	James Mazur, D.P.M., P.A.	Dr. James Mazur
—	Matthews Foot Care	Dr. Brian Killian, Dr. Kevin Killian
—	Mt. Airy Foot & Ankle Center, PLLC	Dr. Jim Shipley
—	Piedmont Foot & Ankle Clinic	Dr. Rick Hauser, Dr. Rob Lenfestey, Dr. Jason Nolan, Dr. Joel Kelly
—	Salem Foot Care	Dr. Walter Falardeau
—	Wake Foot & Ankle Center	Dr. Mike Hodos, Dr. Jim Judge
—	Wilson Podiatry Associates, P.A.	Dr. Kendall Blackwell

\_\_\_\_\_ Doy fe de que he sido visto en la división superior se indica el sine NCPPSG 01/01/2013.

\_\_\_\_\_ Doy fe de que a mi apuesta recuerdo, no he sido visto por cualquier f las divisiones anteriores desde 01/01/2013.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso**

**Relación con paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**