



REGISTRO DE PACIENTES

Nombre: _____ Sexo: Hombre Femenino
 Primer Nombre MI Apellido
 Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Estado Civil: _____
 Dirección: _____
 Dirección Ciudad Estado CP
 Telefono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

En caso de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____
 Telefono de casa: _____ Celular: _____
 Quien es responsable de esta cuenta? _____ Relación con el paciente? _____

LIBERACION Y CESION DE SEGUROS

Certifico que tengo cobertura con _____ (nombre de seguro) y asignar directamente Dr. Shylaja Arya todos los beneficios del seguro, haberlo, lo contrario a pagar a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o no pagado por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envios seguros.

El medico nombrado arriba puede usar mi informacion de salud y podra revelar dicha informacion a la sociedad de seguros nombre arriba y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y la determinacion de beneficios del seguro o los beneficios por pagar por servicios relacionados. Esta autorizacion terminara cuando se termine mi tratamiento.

POLITICA DE NOMBRAMIENTO PERDIDAS O ROTAS

En esta oficina hacemos todo lo posible para verte en el dia y hora de su cita. A la vez pedimos que hagas todo lo posible para estar en su cita en el dia y horario que fue asignado para usted. Entendemos que a veces pacientes cree que es necesario cambiar el dia y hora de sus citas. Le pedimos que nos de la cortesia de aviso por lo menos 24 horas habiles. En caso de que usted falte a una cita o cancela con aviso de menos de 24 horas tu cuenta automaticamente se cobrara \$50 dependiendo del tipo de cita que esta programada. En caso de que sientas que tienes una razon valida por cancelar en menos de 24 horas durante el horario normal, puede apelar el cargo mediante el envio de una apelacion por escrito a nuestra direccion. Vamos a revisar la carta y sera considerada. Este proceso solo es valido para la primera cita faltada.

Entiendo y acepto ser responsable de cargos de cita rota en la que no dan aviso de 24 horas habiles. Entiendo que puedo apelar la acusacion cita rota o perdido por escrito para mi primer cita faltada solamente.

AUTORIZACION DE MEDICARE/MEDICAID

Solicitar ese pago de beneficios autorizados y, en su caso, beneficios Medicaid, hacer en mi nombre al Dr. Shylaja Arya para los servicios a mi por ese proveedor.

En la medida permitida por la ley, autorizo a cualquier sostenedor de medico u otra informacion sobre mi para liberar a los centros para Medicare y servicios de Medicaid, mi asegurador Medicaid y sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios o prestaciones de servicios relacionados.

Firma del beneficiario, tutor o Representante Personal **Fecha**

Escriba el nombre de beneficiario, tutor o Representante Personal **Relacion de beneficiario**

 Nombre seguro primaria Nombre seguro secundario (si existe)

HISTORIA PODOLOGICA

Cual es su problema presente de pie? _____

Has visto un Podiatra antes? Si No En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre: _____

Por favor indicar que problemas en los pies que ahora tiene o ha tenido en el pasado:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el tobillo | <input type="checkbox"/> Pie de Atleta | <input type="checkbox"/> Juanetes |
| <input type="checkbox"/> Callos y Callosidades | <input type="checkbox"/> Calambres en Pies/Piernas | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en Pies/Piernas |
| <input type="checkbox"/> Pies Planos | <input type="checkbox"/> Dolor en el Talon | <input type="checkbox"/> Unas Encarnadas |
| <input type="checkbox"/> Verruga Plantar | <input type="checkbox"/> Hinchazon en Pies/Tobillos | <input type="checkbox"/> Pies Cansados |

HISTORIA CLINICA

Tamano del Calzado: _____

Por favor una lista de actividades deportivas en las que participa:

Altura: _____

Actividad

Frecuencia

Peso: _____

Horas en un dia pasado en pies: _____

Usted Fuma? Si No Cuantos al dia? _____

Bebidas Alcoholicas? (Marque uno)

Usted alguna vez a fumado? Si No

Ninguno Raramente Moderadamente

Fecha que dejo fumar? _____

Diario Dejar

Lista de Medicamentos actuales (por favor lista abajo con la dosis y frecuencia si se conoce):

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes Cirugias pasados (por favor lista abajo):

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Actualmente tienes o has sido tratado para:

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Del Alzheimer | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Perdida de Audicion | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinon | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hijado | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Baja |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Trastorno de Nervio | <input type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Paralisis | <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Mala Circulacion | <input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Erupcion |
| <input type="checkbox"/> Ciatica | <input type="checkbox"/> Ulcera de Estomagov | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Hinchazon en Pies | <input type="checkbox"/> Problema de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas | |

ALERGIAS — Enumere cualquier alergia a medicamentos:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTORIA FAMILIAR — Ya sea tu madre o tu padre nunca se ha tratado para cualquiera de las siguientes?

- | | | | | | |
|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Madre | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| Padre | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes |

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo consiento doy mi permiso al doctor (y asistentes de consultorio o reemplazo designado) para administrar y realizar estos procedimientos sobre mi que el medico considere necesario.

RECONOCIMIENTO FEDERAL DE PRIVACIDAD Y AVISO

Nuestro aviso de privacidad Federal **HIPPA** proporciona informacion acerca de como podemos usar y revelar informacion medica protectora: la seccion de los pacientes describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento en escritura. Sin embargo, dicha revocacion no afectara ninguna divulgacion que ya hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. Nuestra practica ofrece este formulario para cumplir con la **Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA)**. Al firmar este formulario, esta reconociendo que:

- Informacion de salud protegida puede ser revelada para operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud por nuestro federal **aviso de privacidad HIPAA**, que tienes la oportunidad de revisar en nuestra oficina.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces dejara de todas las declaraciones futuras.
- La practica puede, a su discrecion, tratamiento de la condicion en la ejecucion de este consentimiento.
- La practica reserva el derecho a modificar el aviso basado en modificaciones de la ley federal.

PERMISO PARA DAR INFORMACION DE SALUD PERSONAL

Usted tiene el derecho para controlar quien puede ver o dar su informacion de salud privada (*Informacion de Salud Protegida*). Por favor utilice este formulario para informar a nuestra oficina de quien puede recibir informacion privada sobre su salud. Esto incluye las fechas de citas y tiempo asi como informacion de su diagnostico o tratamiento. **Puede cambiar estos permisos en cualquier momento por escrito.**

- No**, No comparta mi informacion de salud protegida con alguien solamente mi mismo.
- Si**, Doy permiso a la persona(s) a continuacion para acceder a mi informacion de salud protegida:
(*si tiene otras personas que desea anadir a la lista por favor escribir en la parte posterior o solicitar una forma extra*)

Nombre: _____

Esta persona puede (inicial de todos los permisos que quieres dar):

- Hacer o cancelar citas para mi
- Hablar con mi medico o empleados en mi nombre
- Controlar mi documentacion, laboratorios y las prescripciones
- Ver mis registros médicos completos
- Ver mis registros financieros

Firma del beneficiario, tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba el nombre de beneficiario, tutor o Representante Personal

Relacion de beneficiario