CONFIDENCIAL

750 North Capitol Avenue Suite B-3 San Jose, CA 95133
Teléfono: (408) 926-5855 Fax: (408) 926-2544

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre

Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Numero de Teléfono Preferido: _____ Numero Secundario: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Contacto Preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico

Sexo: ☐M ☐ F Estado Civil: ☐Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Numero de Teléfono: _____ Relación al Paciente: _____

La información médica y financiera se puede discutir con:

☐Solamente el Paciente ☐ Pariente/Amigo/a Nombre: _____

Relación al paciente: _____ Numero de Teléfono: _____

PERSONA RESPONSABLE POR EL PACIENTE MENOR DE EDAD (MENOR DE 18 AÑOS)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Sexo: ☐ M ☐ F # Seguro Social: _____

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA!!

A QUIEN LE AGRADECEMOS RECOMENDARNOS:

Nombre de Referencia: _____

☐Yelp ☐ Google ☐Médico de Atención Primaria ☐ Seguro Médico ☐ Otra:_____

Rason de Su Visita:

Derecho: ☐Pie ☐ Tobillo Izquierdo: ☐Pie ☐ Tobillo

Breve explicación: ¿Cómo y cuándo comenzó esta molestia?: _____

_____

Describa el Dolor/Malestar:

☐ Ardiente ☐ Entumecimiento ☐Dolor Fuerte ☐Other: _____

¿Qué mejora el dolor / molestia?: _____

¿Has tenido trauma físico?: ☐NO ☐ SI_____

Estás embarazada: ☐NO ☐ SI

Ocupación: _____ ¿Tu problema está relacionado con el trabajo?: ☐NO ☐ SI

Historial Médico: Marque todo lo que corresponda: ☐NINGUNO

☐ Anémico/a	☐Presión Alta	☐Desórdenes neurológicos
☐ Trastorno Hemorrágico	☐Colesterol Alto	☐Osteoartritis
☐ Cáncer: _____	☐VIH ☐ SIDA	☐Otro Tipo Artritis
☐Diabetes	☐Enfermedad del Riñón	☐Desorden de la Próstata
☐Epilepsia	☐Desorden	☐Fiebre Reumática
☐Gota	Pulmonar/Respiratorio	☐Derrame Cerebral
☐Colapso Cardíaco	☐Prolapso de la Válvula Mitral	☐Desorden de la Tiroides
☐Hepatitis ____	☐Desorden de Nervios	☐Otro:_____

Lista de Medicamentos Recetados: ☐NINGUNO _____

_____

Alergias (Describa la reacción: leve, moderada, severa): ☐NINGUNO

☐Penicilina_____	☐Aspirina_____	☐Elemento Narcótico/Codeína
☐Anestesia_____	☐Mariscos_____	☐Sulfamidas_____
☐Metal_____	☐Tinte de Contraste Radiográfico _____	☐Otro:_____

Historial Quirúrgico (Si se sometió a una cirugía: Tipo y Fecha/Año):

☐NO ☐SI_____

Historial Social:

☐Consumo de Tabaco ☐Uso de Alcohol ☐ Uso de Cafeína ☐ Uso de Drogas (Recreacional)

☐Hábitos de Ejercicio _____

Family Health History (List Relationship of family member(s) who have/had these problems:

☐Diabetes_____	☐Cancer_____	☐Reumatología _____
☐Cardiopatía _____	☐Enfermedad Mental _____	☐Otra Historia Familiar _____
☐Hipertensión _____	☐Derame Cerebral _____	
☐Enfermedad del Riñón _____	☐Trastorno Hemorrágico _____	

ESTATURA: _____ **PESO:** _____ **TALLA DE ZAPATO:** _____

Póliza de la Oficina

Citas: Por favor llegue a la area de recepción y deje saber a el personal de la oficina que está aquí antes de sentarse.

Cancellation Policy: Por favor, comprenda que es importante para nosotros que estemos disponible para todos los pacientes y los horarios de las citas son importante. Por favor comunicase con la officina 24 horas con anticipación si necesita cancelar o cambiar citas. Esto nos permite acomodar a los pacientes que necesitan ser vistos con urgencia. Habrá una cuota de $50.00 por cancelación de cita si no se nos notifica de antemano que no puede asistir a su cita.

Paciente con Seguro Medico: Aunque vamos a facturar a su compañía de seguros/ grupo médico por los servicios prestados usted es financieramente responsable de todos los servicios prestados. Si el pago no se ha recibido dentro de los sesenta (60) días de facturar a su compañía de seguros/ grupo médico, nos pondremos en contacto con su ayuda. En caso de que su compañía de seguros / grupo médico nega la cobertura por cualquier razón, usted será responsable del pago en su totalidad dentro de los treinta (30) días de su estado de cuenta.

Póliza de Co-pago: Si su seguro tiene un co-pago, se requerirá que usted pague el co-pago en el momento de la visita. Un co-pago se colecta por cada visita al consultorio, incluyendo las visitas con el médico o otro personal médico. Si prevé alguna dificultad financiera con el pago de su co-pago, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina de facturación tan pronto como sea posible. Si tenemos que enviarle una factura de co-pago(s) sin pagar habrá una cuota de $10.00 para cargo de estado.

Autorización y Asignación de Beneficios: En los trámites de registro de pacientes hay una liberación de la información y la asignación de beneficios. Esto autoriza a Leonard Greenwald, D.P.M. dar a conocer información médica a su plan de seguro / grupo médico que pueda ser necesaria para procesar / pagar sus reivindicaciones. La "asignación de beneficios" pide que los pagos de seguros puedan hacer directamente a Leonard Greenwald, D.P.M. y también reconoce que usted es responsable del pago si la asignación no es honrado.

Pacientes Sin Seguro Medico: Nuestros honorarios no siempre pueden ser determinados de antemano por los procedimientos en el consultorio, ya que dependen de los servicios prestados. Sera cotizado una cantidad de depósito , que debe ser pagado al momento de la evaluación. Cualquier carga sobre la cantidad de depósito será debido el día del procedimiento.

Cuotas Misceláneos: Nuestra cuota por la copia de los registros médicos y finalización de formas tales como formas de discapacidad, licencia familiar, cancelación de la aerolínea, etc. es de $ 25.00 por cada forma.

Cheque Devuelto: Hay una cuota de servicio de $ 30.00 para todos los cheques devueltos.

Por favor, llame si tiene alguna pregunta. Las horas de oficina son (9:00 am a 5:00 pm) 1 (408) 926-5855.

He leído y entendido las póliza anteriores y estoy de acuerdo a cumplir con ellos. Doy fe de que toda la información dada es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

NUESTRA PROMESA DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA REGISTROS DE PACIENTES (HIPPA)

Nuestra oficina está plenamente comprometido a cumplir la ley HIPAA directrices por parte:

1. Ofrecer seguridad apropiado para nuestro registros de pacientes.
2. Proteger la privacidad de la informacion medica de nuestros pacientes.
3. Ofrecer a nuestros pacientes un acceso adecuado a su historial médico.
4. Mantener adecuadamente nuestro paciente proceso de información y facturación en el cumplimiento de las normas nacionales de HIPAA.

Si alguna vez tiene alguna pregunta o inquietud acerca de sus servicios o cargos, le recomendamos que llame y pregunte por nuestro Oficial de Cumplimiento.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

POLIZA DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Favor de proveer a Leonard Greenwald, D.P.M. con información de seguro actualizado y preciso. Si usted no tiene su tarjeta o la información del seguro, entonces el pago es debido en el momento de la visita. Con el fin de cumplir con las compañías de seguros debe pagar su co-pago en el momento de su visita. Mientras le asistimos con la facturación de su compañía de seguros, que son los principales responsables de la determinación de lo que cubrirá su seguro, ya sea que necesite una autorización previamente de su doctor primario, y el pago de la factura. Su pago de seguro debe hacerse a Leonard Greenwald, D.P.M. para todos los servicios prestados. El paciente autoriza la divulgación de la información, según sea necesario para satisfacer las reclamaciones presentadas, por el consultorio médico nombrado arriba a su seguro.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

PARA PACIENTES CON MEDICARE

MEDICARE: Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan en mi nombre A LEONARD GREENWALD, D.P.M. por los servicios recibidos de LEONARD GREENWALD, D.P.M. Autorizo a caulquier tenedor de información médica sobre mi a que divulgue la información necesaria para determinar dichos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados, a los Centers for Medicare and Medicaid Services (antes conocido como Health Care Financing Administration). Entiendo que con mi firma socilito que dicho pago se lleve a cabo y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para el pago de la reclamación. Si otro plan médico aparece indicado en el articulo 9 del formulario HCFA 1500 o en cualquier lugar de otros formularios de reclamación aprobados, mi firma autoriza el traspaso de información al asegurador o agencia que aparezca. LEONARD GREENWALD, D.P.M. acepta la cantidad determinada por el representante de Medicare como la cantidad total, y yo me hago responsable solamente del deducible, el plan médico adicional y los servicios que no estén incluidos en la poliza. Las cifras del plan adicional y el deducible se basan en la cantidad determinada por el representante de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____