



STEPHEN G. EICHELSDORFER, DPM

ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NUESTROS REGISTROS Y SU SALUD

POR FAVOR RELLENE COMPLETAMENTE ESTE FORMULARIO

POR FAVOR, PROPORCIONE COPIAS DE TARJETAS DE SEGURO (ambos lados)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ SEGURO SOCIAL # _____
CALLE _____ SEXO M F EDAD _____ CUMPLEAÑOS _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ ESTADO CIVIL S M D W
TELÉFONO DE CASA _____ EMPLEADOR _____ TELÉFONO _____
TELÉFONO CELULAR _____ CORREO ELECTRONICO _____

RAZA (Círculo uno) Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico Blanco

ETNICIDAD (Marque uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino IDIOMA DE PREFERENCIA Inglés Español

PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

EMPLEADOR _____ TELÉFONO _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ CUMPLEAÑOS _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA _____ TELÉFONO _____ FECHA DE ULTIMA VISITA _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____

PRIMARIO SEGURO INFORMACIÓN

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA _____

POLIZAS # _____ GRUPO # _____

EMPLEADOR DEL ASEGURADO _____

CUMPLEAÑOS DEL ASEGURADO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA _____

POLIZAS # _____ GRUPO # _____

EMPLEADOR DEL ASEGURADO _____

CUMPLEAÑOS DEL ASEGURADO _____

¿A QUIÉN LE PODEMOS DAR LAS GRACIAS POR SU REFERENCIA? _____

ENTIENDO QUE SOY FINANCIAMENTE RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS QUE RECIBO. EL PAGADO SE ESPERA EN EL MOMENTO DEL SERVICIO A MENOS QUE SE HAN FORMADO ARREGLOS PREVIOS.

FIRMA _____ FECHA _____

PARA PACIENTES CON COBERTURA DE SEGUROS, POR FAVOR LEA Y FIRME:

AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA Y SOLICITO QUE LOS BENEFICIOS SE PAGAN DIRECTAMENTE AL DR. STEPHEN G. EICHELSDORFER POR SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE EL DR. EICHELSDORFER PRESENTA MI RECLAMO COMO CORTESIA Y QUE ESTO NO ME LIBERA DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LOS SERVICIOS SUMINISTRADO CUBIERTOS.

FIRMA _____ FECHA _____

El mayor cumplido que nuestros pacientes pueden darnos es la referencia de sus amigos y familiares. ¡Gracias por su confianza!

POLIZAS DE LA OFICINA

Estamos dedicados a brindarle el mejor cuidado y servicio posible. Un elemento esencial de su atención y tratamiento es entender sus responsabilidades financieras. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras polizas, hable con nuestros miembros del personal.

_____ (Inicial)

SEGURO DE SALUD

Estamos contratados con la mayoría de los planes de seguro para aceptar la asignación de beneficios. Nuestra oficina le cobrará su visita su compañía de seguros, y solo cobrará su copago o deducible cuando se aplique. **Tenga en cuenta: Nuestro contrato con su compañía de seguros nos obliga a cobrar su copago en cada visita.**

Si usted tiene cobertura de seguro con un plan con el cual no tenemos un acuerdo previo, los cargos por su cuidado y tratamiento son debidos en el momento de los servicios. En el caso de que su enfermedad determine que un servicio que “no sea cubierto”, usted será responsable del cargo completo.

_____ (Inicial)

REFERENCIAS

Es su responsabilidad obtener una referencia válida de su médico de atención primaria cuando sea requerido por su compañía de seguros.

_____ (Inicial)

FORMULARIO DE DISCAPACIDAD / SEGURO / COPIA DE RAYOS X

Hay un cargo de \$ 10.00 para llenar formularios de discapacidad y seguros. Por favor, envíelo por correo o déjelos los formularios con la recepción junto con su pago. Los formularios no se completarán hasta que se reciba el pago. Nos podemos demorar hasta 5 días para llenar los formularios. Te llamaremos una vez que los tengamos completado. Hay un cargo de \$10.00 por copiar radiografías digitales. Nos podemos tomar hasta 2 días para copias digitales.

_____ (Inicial)

RECARGA DE MEDICAMENTOS

Las recargas de medicamentos recetados por su médico deben obtenerse llamando a su farmacia. Por favor, no llame a la oficina. Las recargas no son aprobadas después de las horas normales de trabajo, o fines de semana o días de fiesta. Por favor llame a su farmacia con tiempo para que ellos se comuniquen con nuestra oficina en referencia a su repuesto de medicina.

_____ (Inicial)

POLIZA DE CANCELACIÓN

Nuestra oficina hará todo lo posible para confirmar su cita programada, pero es su responsabilidad de cancelar o cambiar su cita cuando sea necesario. **Las citas deben ser cancelada, 24 horas antes de la cita o habrá un cargo de \$50.00 a la cuenta del paciente.**

He leído y entiendo las polizas de la oficina y acepto estar obligado por sus términos. Yo también entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser enmendados de vez en cuando por la práctica.

Firma

Nombre Impreso

Fecha

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Es un placer darle la bienvenida a nuestra oficina. Esta información es importante para nuestros registros y su salud.

PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es tu principal problema hoy? (Por favor sea específico)

Explique cualquier otro problema en los pies que requiera atención: _____

Explique cualquier problema pasado con sus pies o tobillos: _____

¿Usa plantillas personalizadas (ortopedia)? Sí No

¿Qué tipo de zapato usas más a menudo?

Tacones Zapatos de vestir Sandalias Botas Zapatos de tenis

Tamaño del zapato _____ Ancho _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Ha tenido alguna enfermedad grave? Sí No En caso afirmativo, explique:

Marque () cualquiera de los siguientes **que usted** tiene, o ha tenido un problema con:

- | | | | |
|-------------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| () Diabetes | () Pulmones | () Asma | |
| () Corazón | () Hígado | () Úlcera de estómago | () Derrame cerebral |
| () Hipertensión | () Riñones | () Tiroides | () Flebitis |
| () Colesterol alto | () Ansiedad | () ADD / ADHD | () TB |
| () Artritis | () Depresión | () Epilepsia | () Eczema |
| () Murmur | () de la vejiga | () SIDA / VIH | () de la piel |
| () Cáncer (Tipo) _____ | () Anemia | () Circulación | () Gota |

Otros: _____

Su Altura _____ Peso _____

Para las mujeres: ¿Está usted embarazada o lactando? Sí No

MEDICAMENTOS Nombre de Farmacia: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? (Enumere nombres y dosis)

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico Primario: _____ Teléfono: _____ Fecha de la última visita? _____

Especialista Médico Tipo: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____
Tipo: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

ALERGIAS

Marque () cualquiera de lo siguiente que usted es alérgico o sensible a:

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva o curita |
| <input type="checkbox"/> Sulfa Drogas | <input type="checkbox"/> Novocaína | <input type="checkbox"/> Los guantes de látex-están bien? Sí No |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Betadina | <input type="checkbox"/> Yodo |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Neosporina | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

HOSPITALIZACIONES

Escriba las hospitalizaciones y el año

Enfermedad _____ Año _____ Enfermedad _____ Año _____

CIRUGIAS

Nombrar todas las cirugías y el año

Cirugía _____ Año _____ Cirugía _____ Año _____

Cirugía _____ Año _____ Cirugía _____ Año _____

Cirugía _____ Año _____ Cirugía _____ Año _____

HISTORIA TRAUMÁTICA

Nombrar cualquier evento grave y el año

Lesión _____ Año _____ Lesión _____ Año _____

HISTORIA FAMILIAR

Marque () si hay una historia **familiar** de cualquiera de estos trastornos:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas de los pies |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

HISTORIA SOCIAL

Tu ocupación: _____

Actividad física requerida en el trabajo: _____

Requisitos de los zapatos en el trabajo: _____

¿Fumas? Sí No # paquetes por día _____ N° de años _____
Anteriormente fumabas? Sí No # paquetes por día _____ N° de años _____
Año que dejo de fumar _____

¿Bebes alcohol? Sí No
() 1-2 por semana / o menos () 1-2 por día () Más de 2 por día

¿Usa drogas recreativas (ilegales)? Sí No

¿Está usted involucrado en un programa de deporte o ejercicio? Sí No



Stephen G. Eichelsdorfer, DPM

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad y que he leído o he tenido la oportunidad de leer el Aviso y entendido el aviso.

Town Center Foot & Ankle puede dejar mensajes en mi teléfono con respecto a mi atención médica:

SI NO

(circulo)

La Ley de Solicitud de Pacientes de Texas requiere que cada médico de Texas, incluyendo a los médicos de Town Center Foot & Ankle, revele información sobre su propiedad en instalaciones de salud a las cuales el médico puede referirse a sus pacientes.

Nuestros médicos pueden o no tener participación directa o indirecta en:

- Memorial Hermann Northeast Hospital
- Memorial Hermann Specialty Hospital Kingwood
- Health Scripts Specialty Pharmacy
- Alliance MRI
- Kingwood Medical Center
- Surgery Center of The Woodlands
- Richie's Specialty Pharmacy
- Green Oak MRI

Nombre del Paciente Completo (Por Favor Imprimir) Firma del Paciente

Fecha

Guardián Autorizado (Por Favor Imprimir)

Guardián Autorizado

Fecha