

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA _____

DIRECCION _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Sexo (M) (F) TELEFONO DE CASA (____) _____

SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento . ____ \ ____ \ ____

NOMBRE DEL ESPOSO (A) _____

Propietario de la Casa _____ Telefono : (____) _____

EMPLEADOR _____ TELEFONO DE TRABAJO(____) _____

OCUPACION _____

DIRECCION DE TRABAJO _____ - _____

A QUIEN PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA: _____

DIRECCION Y TELEFONO _____

*QUIEN ES RESPONSABLE DE ESTA CUENTA: (Usted) O: _____

REFERIDO POR (Como se entero de nuestra oficina) _____

INFORMACION DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO _____ SEGURO SECUNDARIO _____

DE POLIZA _____ # DE POLIZA _____

DE GRUPO _____ # DE GRUPO _____

A NOMBRE DE _____ A NOMBRE DE _____

DIRECCION _____ DIRECCION _____

Yo autorizo el tratamiento y/o divulgacion de cualquiera y/o toda informacion medica necesaria para el proceso de reclamaciones y/o el pago directo para todos los servicios prestados por el Dr. Edward Bustamante. Todos los equilibrios sin pagar están conforme a interés en 1.5% por mes o el máximo permitido por a ley.

Yo entiendo que yo soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por mi compania de seguro (o que no hayan sido pagados dentro de 30 dias). **En el caso de que alguna suma continúe sin cubrir 30 dias despues de haber sido notificado de la deuda, yo consiento en pagar todos los gastos de cobranza de cuenta.**

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ / _____ / 20 _____

Información Médica

Nombre : _____ Fecha: _____

Médico De Familia: _____ Última Fecha Que Lo Vio: ____/____/____

Dirección Del Doctor: _____

Teléfono Del Doctor: (____) _____

Tratamiento Previo Podiátrico : _____

***Mayor Preocupación hoy sobre sus pies/piernas:** _____

Como Se Entero De Nuestra Oficina: _____

Tiene Usted Algunos De Los Siguientes?

Dolor De Espalda	Si	No	Dolor de Pierna:	Si	No
Calambres en sus Piernas	Si	No	Presión Arterial Alta	Si	No
Diabetes (Insulina o Pastillas)	Si	No	Gota	Si	No
Artritis	Si	No	Flebitis	Si	No
Enfermedad Renal	Si	No	Circulación Pobre	Si	No
Enfermedad Cardíaca	Si	No	Apoplejía/ embolias	Si	No
Enfermedad Del Hígado	Si	No	Problemas de Sangramiento/ Coagulación	Si	No
Problemas con sus Ojos	Si	No	Problemas De Prostata	Si	No
Esta o Pudiese Estar Embarazada Ahora:	Si	No			

Otro: Explique Por Favor _____

Enfermedad en Su Familia: Diabetes: Si No Cardíaca : Si No Presion Alta : Si No Cancer: Si No

Historia Social Alcohol: Si No Cigarros: Si No Cafféina: Si No
Drogas: Si No

Alergias:

Medicamentos:

Cirujias:

Comentarios: _____

CONSENTIMIENTO Y CONOCIMIENTO DE LA REGLA DE CONFIDENCIALIDAD HIPAA

Yo consiento a que mi historia medica protegida por la Oficina sea utilizada y divulgada con el proposito de que yo pueda recibir tratamiento de cuidados medicos, de que puedan ser remunerados los servicios prestados y que se pueda conducir la porcion de su negocio relacionado con la operacion de cuidados de la salud. Yo tambien reconozco que he recibido y leido la Notificacion de Practicas de Confidencialidad que me ha proporcionado la Oficina.

Yo entiendo lo siguiente:

"Mi informacion medica protegida" significa cualquier informacion pertinente a mi ya sea colectada por mi o recibida por la Oficina de cualquier otra fuente y que incluye informacion acerca de mi salud fisica y mental pasada, presente y futura.

Si yo rehuso a firmar este Consentimiento y Conocimiento, la Oficina tiene el derecho de rechazarme como paciente.

Yo tengo el derecho de preguntur por escrito a la Oficina, que limite la manera en la cual usa mi informacion medica protegida, pero la Oficina no tiene que estar de acuerdo con mi peticion. Sin embargo, si la Oficina concuerda con mi peticion, entonces esta obligada a cumplir este acuerdo.

Yo tengo el derecho de revocar la porcion del Consentimiento de este documento en cualquier momento, facilitando a la Oficina una peticion escrita exponiendo mi deseo de revocar mi Consentimiento al uso de mi historia medica (PHM). La Oficina debe aceptar esta revocacion pero puede entonces rehusar prestarme tratamientos adicionales de cuidados de salud.

Si yo revoco la porcion del Consentimiento de este documento, esto sera efectivo, excepto por la informacion ya usada por la Oficina o al grado de divulgacion de (PHM) relacionada a este Consentimiento.

Antes de firmar este Consentimiento y Conocimiento, yo he revisado la Notificacion de la Oficina acerca de las Practicas de Confidencialidad y entiendo lo siguiente en relacion a esta Notificacion:

La Oficina tiene el derecho de cambiar los terminos de esta Notificacion en cualquier momento, pero si lo hace, tiene que exhibir una Notificacion nueva en la sala de espera de los pacientes y me tiene que dar una copia si yo la pido.

La Notificacion debe describir detalladamente, los tipos de uso y divulgacion de mi (PHM) que la Oficina podra hacer cuando yo sea tratado, como recibe pagos por ese tratamiento o conduciendo sus operaciones de cuidados medicos.

La Notificacion tambien debe describir mis derechos con respecto a mi historia medica protegida (PHM) y la obligacion que tiene la Oficina de proteger la confidencialidad de esa informacion.

Yo he leido y entiendo esta informacion y he recibido una copia de este Consentimiento y Conocimiento. Yo soy el paciente o estoy autorizado para actuar a nombre del paciente por la razon abajo descrita.

Firma del paciente o de su Representante Personal

Fecha

Nombre del Signatario

Descripcion de la Autoridad del Representante personal del paciente

CAPITULO VII: PRESENTACION DE RECLAMACIONES

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo voluntariamente consiento que se me atienda, incluyendo tratamientos, administración de anestésicos y ejecución de diagnóstico y /o procedimientos quirúrgicos. Yo entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión del doctor que me atiende y que es la responsabilidad del personal seguir las instrucciones del mencionado doctor.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente asigno al doctor que acepta esta asignación los beneficios médicos que apliquen y que de otro modo serian pagaderos a mi, pero sin exceder los cargos normales del doctor. Yo entiendo que yo soy reponsable de pagar por los cargos que no cubra esta asignación o por cualquiera y todos aquellos cargos que la compañía aseguradora decline pagar. Asimismo se acuerda que cualquier balance de crédito que quedara del paga de seguro o de cualquier otro origen puede ser aplicado a cualquier cuenta que el asegurado o su familia deban al mencionado doctor(es).

DIVULGACIÓN DE INFORMACION: El doctor puede divulgar toda o parte de la historia clinica del paciente a cualquier persona o corporación que sea responsable bajo un contrato al doctor(es) o al paciente o a un miembro de la familia o empleador del paciente por todo a parte de los cargos del doctor(es), incluyendo pero sin que sea limitado a compañías de seguro, acarreadores de compensación a trabajadores, fondos de bienestar social o al empleador del paciente.

RENUNCIA AL HMO: Certifico que al presente yo no estoy inscripto en ninguna Organización para el Mantenimiento de la Salud-Health Maintenance Organization-(HMO). Posterior rechazo a una reclamación como resultado de esta admisión por mi parte, debido a estar inscripto actualmente en un Plan HMO constituirá que el pago de la reclamación sea mi responsabilidad.

AUTORIZACIÓN DE POR VIDA, CERTIFICACIÓN DE PACIENTE DE MEDICARE Y MEDICAID-CERTIFICACION DE AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y PETICION DE PAGO: Yo certifico que la información que he dado al aplicar para pago bajo el Titulo XVIII y/o Titulo XIX, del Acto del Seguro Social, es correcta. Autorizo a quien pueda poseer información médica o de otra indole sobre mi que la puede remitir a la Administración del Seguro Social o a sus acarreadores intemediarios si la misma es necesaria para esta o una reclamación afin de MEDICARE o MEDICAID. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho por mi cuenta. Yo asigno los beneficios pagaderos por los servicios del doctor(es). Yo entiendo que yo soy responsable por los deducibles y co-seguro de mi seguro de salud.

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

TESTIGO

FIRMA DEL PACIENTE O REP

PACIENTE NO PUEDE FIRMAR DEBIDO A: