



2701 N. Tenaya Way #230, Las Vegas, NV 89128 (702) 248 - FOOT (3668)

APLICACIÓN DE ADMISIÓN

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS# _____ - _____ - _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Preferencia

Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil (circule uno): Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Sexo: M / F Raza: _____ Etnicidad (encierre en un círculo): Hispano o Latino / No Hispano o Latino

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

En caso de emergencia, comuníquese:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?

Referencia del médico.

Nombre del Dr.: _____

Amigo. Nombre del amigo _____

Internet. ¿Qué sitio? _____

Correodirect _____

Otro. Especificar _____

Comunicaciones confidenciales / HIPAA

Solicito que todas las comunicaciones orales o escritas que Complete Foot & Ankle Care y/o su personal me envíen (por teléfono, correo o de otro modo) se realicen a través de la dirección y el número de teléfono anteriores. Soy responsable de notificar a la oficina de cualquier cambio de arriba.

Se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Cuidado Completo de Pie y Tobillo y la he leído y entiendo.

Firma del paciente _____

Complete Foot and Ankle Care quiere garantizar su privacidad. Este formulario tiene como objetivo brindarle la oportunidad de divulgar información médica a las partes designadas (esto no se aplica a menores de 18 años).

Puede divulgar información médica pertinente relacionada con el diagnóstico y el tratamiento de mis visitas al consultorio a las siguientes partes:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Información del seguro

Nombre del seguro: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Dirección del Asegurado _____

N.º de póliza _____

N.º de grupo _____

Seguro secundario

Nombre del seguro: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el : _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Dirección del Asegurado _____

N.º de póliza _____

N.º de grupo _____

Cesión y Liberación

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con _____ y asignó directamente a Complete Foot & Ankle Care todos los beneficios del seguro, si los hubiere, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las presentaciones de seguros.

Firma de la parte responsable: _____ Relación: _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Complete Foot & Ankle Care por cualquier servicio que me brinde ese médico. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a Complete Foot & Ankle Care y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si "otro seguro de salud" se indica en el artículo 9 del formulario HCJA-1500 o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados o reclamos presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación de cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total y el paciente es responsable únicamente del deducible, el co-seguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos de la aseguradora de Medicare.

Firma del

Beneficiario: _____ Fecha: _____



Historial de salud del paciente

Nombre _____ Estatura _____ Peso _____

Médico primario _____ Teléfono _____

Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia (o calles que cruzan) _____

Alergias a medicamentos: _____

Otras Alergias: _____

Lista de medicamentos que está tomando actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón para tomar

Enumere las cirugías que ha tenido:

Historia familiar

Enumere las condiciones médicas que tienen los parientes consanguíneos

Relación de un familiar con usted (p. ej., hijo, abuela materna, etc.)	Condición médica

Fumas? Sí / NO Escriba(circula lo que corresponda) Cigarrillos Cigarros Pipa Otro Cantidad Por día: ____ Años fumados ____

Bebes alcohol? Sí / NO Escriba(circula lo que corresponda) Cerveza Vino Licor fuerte Cantidad por día ____ mes ____ Año ____

Por favor marque cualquiera de los siguientes que usted tiene

Constitucional

- Escalofríos
- Fatiga
- Fiebre
- Pérdida del apetito
- Debilidad
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

Cabeza

- mareos
- desmayo
- Dolor de cabeza
- Dolor
- sudores

Otorrinolaringología

Nariz

- Sangrado
- Descarga
- Infección
- Obstrucción

Boca

- Sangrado
- dentaduras postizas
- Boca seca

Orejas

- Audífono
- Infecciones
- El sonar

Garganta/Cuello

- Ronquera
- Bultos
- Dolor de garganta
- Sensibilidad

Ojo

- Visión borrosa
- cataratas
- Contactos
- Los anteojos
- glaucoma
- Infecciones

Respiratorio

- asma
- Bronquitis
- EPOC
- Tos
- Dificultad para respirar
- Tuberculosis
- Sibilancias

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Calambres en piernas/pies
- Extremidad(es) fría(s)
- Pérdida de cabello en las Piernas

- Soplo cardíaco
- Presión arterial alta
- Antecedentes de ataque cardíaco
- Úlceras en piernas o pies
- Palpaciones
- Reemplazo de válvula cardíaca
- Varicosas

Gastrointestinal

- Estreñimiento
- Sed excesiva
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Acidez estomacal
- hepatitis
- ictericia
- Enfermedad del hígado
- Náuseas
- Sangrado rectal
- Problemas para tragar

Psiquiátrico

- Depresión
- Desorientación
- Pérdida de memoria

Musculoesquelético

- Esguince de tobillo
- dolor de arco
- artritis
- Problemas de espalda
- Tobillo roto
- Hueso del pie roto
- Juanetes
- callos
- Problemas en los pies de la niñez
- Callos
- Pie plano
- Problemas de marcha (caminar)

- Gota
- Dedos en martillo/mazo
- Dolor en el talón
- Pies de arco alto
- Hacia adentro
- Implantes articulares
- Dolor en las articulaciones
- Rigidez de las articulaciones
- Dolor de rodilla
- Dolor de espalda baja
- Calambres musculares
- Rigidez muscular
- Neuroma
- parálisis
- Movimiento restringido
- Uso de plantillas para zapatos
- Caminar de puntillas
- Debilidad

Endocrino

- bocio
- sudores
- Tiroides

Piel

- Pie de atleta
- Sequedad
- eccema
- uñas fúngicas
- Urticaria
- uñas encarnadas
- Picor
- cicatriz queloide
- Bultos
- Cambios en los lunares
- Sarpullido
- Verrugas

Neurológico

- apagones
- Incendio
- Neuroartropatía de Charcot
- Desmayos
- Neuromas
- Entumecimiento
- Trastornos del habla
- trazos
- Hormigueo
- Temblores
- Marcha inestable

Hematológico/Linfa

- Anemia
- sangra fácilmente
- coágulos de sangre
- Se magulla fácilmente
- Quimioterapia reciente
- Cortes de cicatrización lenta
- Glándulas inflamadas
- Reacción a la transfusión

Por favor marque cualquiera de las siguientes Condiciones Médicas que usted tiene/tuvo

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> ERGE | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Problema de espalda | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las
arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> ICC | <input type="checkbox"/> Diabetes
(círculo) Tipo 1 / Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Úlcera (GI) |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Epilepsia | | |

¿Alguna vez se ha roto un hueso del pie o del tobillo? SI /NO

¿Qué hueso? _____ ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido algún problema con esta área desde entonces? _____

¿Cuál es tu talla normal de zapatos? _____

Por favor conteste lo siguiente:

1. ¿Tiene dificultad para dormir como resultado del dolor en los pies o las piernas? SI / NO
2. ¿Tiene problemas estomacales persistentes no asociados con otro diagnóstico? SI / NO
3. ¿Tiene pérdida de equilibrio y coordinación, dificultad para caminar o mover los brazos? SI / NO
4. ¿Tiene dolor, hormigueo, pérdida de sensibilidad, sensación de ardor o congelación en las manos o los pies? SI / NO
5. ¿Tiene anomalías en la presión arterial o el pulso o sudoración inusual? SI / NO
6. ¿Tienes la piel seca en las extremidades superiores o inferiores? SI / NO

¿Cuál es el propósito de su visita hoy?

En una escala del 1 al 10, ¿cómo te hace sentir tu condición? (Por favor marque)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor

Dolor moderado

Dolor severo

POLÍTICAS COMPLETAS DE LA OFICINA DE CUIDADO DE PIES Y TOBILLOS

POLÍTICA DE COLECCIONES

- En caso de que su cuenta se asigne a una agencia de cobro, usted acepta pagar una tarifa de cobro equivalente al 30 % del saldo adeudado asignado a la agencia de cobro.
- Hay un cargo por cheque devuelto de **\$50.00**. Si por alguna razón escribe un cheque a nuestra oficina que no se borra, esta tarifa se agrega a su cuenta y se cobrará en la próxima visita.

EQUIPO MÉDICO DURADERO

- Estos artículos incluyen, pero no se limitan a:

Botas para caminar, férula nocturna, tobillera y trilok, ortesis personalizada y plantillas de niños ortopédicos, insertos de almohadas Ped, calzado Vionic, cualquier artículo acomodativo de venta libre

- Los artículos mencionados anteriormente **NO SE PUEDEN DEVOLVER**. Estamos restringidos de revender artículos que han sido tomados de esta oficina debido a regulaciones de salud.

PÓLIZA DE SEGUROS

- Consulte con su seguro para averiguar si estamos “en red” con su póliza y si necesita una referencia.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; por lo tanto, usted es responsable del pago ya sea que su compañía de seguros pague o no. Si no se obtienen las autorizaciones o referencias adecuadas, esto puede reducir los beneficios que paga su compañía de seguros. Esto sería responsabilidad del paciente.
- Si no nos informa de cualquier cambio en el seguro, se pueden negar las reclamaciones y las responsabilidades son 100% de los pacientes.

REGISTROS MÉDICOS / RAYOS X

- Sus registros son propiedad de la oficina. La copia original debe permanecer en la oficina. Como paciente, puede solicitar registros médicos y comprar copias según el programa de tarifas del Estado de Nevada. Requerimos una renuncia firmada y solicitamos un aviso de 2 semanas. No imprimimos o ponemos sus imágenes de rayos X en un CD. Debe traer una unidad USB a la oficina para las radiografías.

PACIENTE NUEVO, BOTAS, PROCEDIMIENTO Y DEPÓSITOS DE OA

- Con base en su deducible y la cantidad alcanzada, podemos tomar un depósito por los artículos mencionados anteriormente. Este depósito se aplicará a su monto responsable facturado. El dinero restante se volverá a emitir a través de nuestro departamento de facturación. Si estos servicios no están cubiertos por el seguro, se marcarán como Pago por cuenta propia.

POLÍTICA DE TARDE/NO PRESENTACIÓN

- Si no puede asistir a su cita programada, por favor notifiquenos al **menos 24 horas** con anticipación para que podamos acomodar a nuestros otros pacientes. Nos esforzamos por dedicar tiempo a cada paciente individual. Tu puntualidad afecta a tu cita, así como a otros. Si usted está **15 minutos tarde**, es posible que podamos trabajar con usted en el horario en un momento posterior o podemos pedirle que re programe su cita.
- Nuestra oficina se esfuerza por mantenerse puntual, esto se debe a que no reservamos demasiadas citas en previsión de cancelaciones. Sin embargo, ciertas circunstancias médicas pueden permitirse excepciones.
- Una cancelación por no presentarse o con poca anticipación resultará en un cargo de **\$50.00**.
- En la segunda cita de no presentación o cancelación fuera de plazo, quedará a criterio del Doctor de si se enviará una carta de despido que lo desvincule de la práctica.
- Por **PROCEDIMIENTOS CANCELADOS**, se le cobrará **\$350.00** por cancelación (**Si es menos de 7 días antes de la fecha del procedimiento programado.**)

POR FAVOR FIRME A CONTINUACIÓN QUE HA LEÍDO Y COMPRENDIDO NUESTRAS POLÍTICAS:

Yo _____ he revisado las políticas anteriores.

Firma _____ Fecha _____