

Registro de Paciente

Información Del Paciente

Nombre de Paciente:	Apellido	Nombre:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Edad:
Nombre por el cual desea ser llamado?			Soltero/a Casado/a Viudo/a Otro		
Domicilio del Paciente:					
Ciudad		Estado		Codigo Postal	
Telefono de Casa:	Telefono de Trabajo:	Celular:	Estatura:	Peso:	Tamaño de zapato:
Seguro Social#:		Fecha De Nacimiento:	Correo Electronico:		
Empleador/ Ocupacion:			Ocupacion Previa:		
Contacto en caso de Emergencia :				Telefono #:	
Relacion al Paciente:					

Aseguranza

Nombre del asegurado (Otro que no sea el asegurado/a):		Fecha de Nacimiento:
Nombre de Empleador asegurado:		#Telefono de Trabajo:
Paciente es:	<input type="checkbox"/> Suscriptor	<input type="checkbox"/> Conyuge
		<input type="checkbox"/> Dependiente
<p>Requerimos obtener una copia de su tarjeta(s) de aseguranza en nuestros archivos en orden para poder cobrarle a su compania de aseguranza. Si no obtenemos esta informacion en nuestros archivos, usted sera reponsable por su cuenta de cobros. Su pago debe hacerse en el momento de su visita. Si presenta sus tarjeta(s) de aseguranza tarde gustosamente le cobraremos a su aseguranza y usted sera reembolsado cuando recibamos el pago.</p>		

Referencia

Referido por:	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Doctor (Nombre): _____	<input type="checkbox"/> Busca Electronica:
	<input type="checkbox"/> Other: _____		
Medico Principal/Clinica:		Telefono #:	
Farmacia Preferida:		Direccion&Telefono:	

Firma

Informacion de Beneficios: Yo Autorizo mis beneficios de aseguranza que sean pagados directamente al doctor. Yo entiendo que la oficina del doctor cobrara a mi aseguranza como cortesia y que soy responsable por todos mis co-pagos, deducibles, y servicios que no sean cubiertos. Yo autorizo liberacion de informacion requeridos para procesar mis reclamos. (Si no es firmado su pago sera colectado en el momento de su visita.)

TODO COPAGO Y SALDO ADEUDADO ES COLECTADO EN EL MOMENTO DE SU VISITA

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Cual es su problema o condicion presente con su pie o tobillo(s)? _____

Es resultado de una lesion o accidente? _____

Por cuanto tiempo ha sido molestado por lo previo? _____

Que ha hecho para ayudar el problema o condicion de su pie o tobillo(s) _____

Ha sido visto por otro doctor sobre este problem o condición? _____

HISTORIAL MEDICO

Porfavor de marcar si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Sida/infeccion por HIV	<input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Flebitis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Articulacion/Implantes Artificiales	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria	<input type="checkbox"/> Cancer/Tumor	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia
<input type="checkbox"/> Problemas con cuello/Espalda	<input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroideas	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones
<input type="checkbox"/> Sangra/amorarse facilmente	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Problemas Neurologicos	<input type="checkbox"/> Diabetes I o II	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hgado

Tiene alguna otra enfermedad, condicion, o problema no listado? _____

Es alergico(a) a la Penicilina _____ Codeina _____ Anestesia Local _____ Latex _____ Otro _____ No tiene alergias _____

Porfavor de listar todos sus medicamentos recetados que esta tomando (porfavor de incluir todo medicamento de hierbas o medicamentos de venta libre y vitaminas

Si es Mujer : Esta tomando pastillas para las hormonas o planificacion? _____ Enfermeria? _____ Esta Embarazada? _____

Usa Tabaco? _____ Ha notado cambio en su peso subio/bajo? _____ Consume Alcohol? _____

Ha tenido Cirugias? _____ En caso que si, Que tipo? _____ Año _____ Tipo? _____ Año _____

Tipo? _____ Año _____ Tipo? _____ Año _____ Tipo? _____ Año _____

Tiene Complicaciones a la anestesia? _____

HISTORIAL FAMILIAR

Porfavor marque si algun familiar tiene los siguientes:

Arthritis Cancer Diabetes Enfermedad Cardiaca Problemas similares del pie Enfermedad de Riñones/Hgado

Yo autorizo a los doctors que examinen, diagnosticar y tartar mi pie(s) o tobillo(s) clinicamente o con cirugia y testiguar que la informacion dada es verdadera y corecta:

Firma/del Padre (Madre) o Guardian : _____



DR. ADAMS I DR. ECKLUND

Solicitud de Liberacion De Informacion Medica

Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

El paciente anterior autoriza el lanzamiento de la siguiente informacion medica..

___ Informe de paciente	Fechas: _____
___ Reportes de Laboratorio	Fechas: _____
___ Notas de Progreso	Fechas: _____
___ Reportes de Radiologia	Fechas: _____
___ Rayos-X	Fechas: _____

Firma del Paciente o Guardian

Porfavor remitir informes:

A De : _____

A De : Central Coast Foot Clinics
2342 Professional Pkwy Suite #100
Santa Maria CA, 93455
Telefono: (805) 928-5645 Fax: (805) 739-1186
Correo Electronico: santamaria@centralcoastfootclinics.com

Usted tiene derecho a una copia de papel de este aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento, previa solicitud.

Cambios a este Aviso de Practicas de Privacidad.

Central Coast Foot Clinics se reserve el derecho de modificar este Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento en el fututo, y hara que las nuevas disposiciones eficaces para toda la informacion que mantiene. Hasta que tal modificacion sea hecha, Central Coast Foot Clinics es requerido por las leyes necesarias para cumplir con este aviso.

Central Coast Foot Clinic es requerido por la ley a mantener la privacidad de su informacion de salud y a proporcionarle aviso de sus deberes legales y practicas de privacidad con respect a su informacion de salud. Si usted tiene alguna pregunta acerca de cualquier parte de este aviso o si desea obtener mas infomacion sobre los derechos de privacidad, por favor pongase en contacto con el administrador de la oficina llamando nuestra oficina al numero 805-481-0881. Si el administrador de la oficina no esta disponible, usted puede hacer una cita para una conferencia personal, en persona o por telefono en el plazo de dos dias habiles.

Quejas

Las Quejas acerca de sus derechos de privacidad o como Central Coast Foot Clinics ha manejado su informacion de salud debe ser dirigida al administrator de la oficina llamando al numero 805-481-0881. Si el administrador de la oficina no esta disponible, usted puede hacer una cita para una conferencia personal, en persona o por telefono en el plazo de dos dias habiles.

Si usted no esta satisfecho con la manera en que esta oficina maneja su queja, usted puede presentar una queja mas forma a:

DDHS, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington DC 20201

Este aviso es efectivo a partir del _____ / _____ / _____

He leído la politica de privacidad y entender mis derechos contenidos en esta oficina.

Por medio de mi firma, ofrezco con mi autorizacion y consentimiento para utilizar y reveler mi informacion de salud protegida para los propositos de tratamiento, pago y operaciones de atencion de salud como se describe en el aviso de privacidad.

Nombre del Paciente (Imprima)

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Facilidad Autorizada

Fecha



INFORMACION FINANCIERA

Esta informacion es para ayudarle a entender su obligacion financiera con nuestra oficina.

Por favor de poner su inicial de cada area como lo leen:

_____ INFORMACION GENERAL:

- Central Coast Foot Clinics acepta dinero en efectivo, cheques personales, Tarjeta Visa o de Discover
- Le animamos a que se familiarice con su plan de seguro de salud y sus beneficios. Cualquier saldo no pagado por su compañía de seguros es su responsabilidad.
- Para protegerlo a usted de impostores, su foto sera tomada y mantenida en archivos de CCFC.

_____ CO-PAGO, CO-SEGURO Y LOS DEDUCIBLES:

- CO-PAGO: Co-Pagos se vencen y se colectaran en el momento de su visita.
- CO-SEGURO: Si sabemos la cantidad de su Co-importe del seguro eso sera colectado en el momento de la visita. De lo contrario usted estara obligado a pagar su seguro de co-dentro de los 15 dias siguientes que reciba la facturacion de nuestra oficina.
- DEDUCIBLES: Si no ha alcanzado su deducible cuando se presentan servicios medicos, usted tendra que pagar su deducible, dentro de los 15 dias siguientes que reciba la facturacion de nuestra oficina.

_____ AUTO PAGO:

- Si usted no tiene aseguranza medica, su pago sera colectado en el momento de su visita.

_____ ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS Y LESIONES PERSONALES:

- Si el problema es debido a un accidente de auto o otra lesiones, por favor, haganoslo saber inmediatamente a fin de que la correctea informacion de seguros pueden ser

generados para usted. Ya que sus lesiones puede involucrar diferentes aseguradores con quienes no somos proveedores, pagos por atención médica en nuestra oficina serán debidos en el momento en que se presente los servicios. Le daremos una copia de los cargos así que usted puede enviar a su compañía de seguros para el reembolso directamente a usted.

- No aceptamos derecho de retención.
- Si prefiere ver un médico diferente para su accidente de auto o reclamación de lesiones personales, nosotros los veremos a usted por otras necesidades médicas.

_____ BENEFICIOS NO CUBIERTOS:

- Determinados servicios profesionales no pueden ser cubiertos por los planes de salud y son facturados a un ritmo efectivo. Los siguientes son ejemplos de los servicios no cubiertos y los precios. Por favor pregunte por adelantado acerca de su forma concreta, una carta, o un servicio para una cotización del costo.

Cartas (Por cualquier razón) \$25	Formularios de discapacidad Original \$35
Formas relacionadas al trabajo: \$25	Continuación de discapacidad \$25
Formas de Escuela o Trabajo \$25	Surtir una receta entre las visitas \$10
Historial Médico/Todas las notas \$25	Historial Médico – Una sola nota \$10
Rayos-X o Copia de Rayos-X \$25	

LOS PRECIOS ESTAN SUJETOS A CAMBIO

Estos Cargos son en adición a cualquier evaluación de un médico.

_____ COMPENSACION A LOS TRABAJADORES:

- La compensación de los trabajadores se define como cualquier condición que resulta de o se ve agravada por su trabajo. Su habitual seguro no cubre esta condición.
- Nuestra práctica no presta atención a los casos de compensación a trabajadores. Pregunte a su empleador para la remisión a una clínica de compensación a trabajadores.

_____ CITAS PERDIDAS Y CANCELACIONES TARDIAS:

- Es su responsabilidad gestionar la programacion y mantener citas como veces podemos no hacer llamadas de recordatorio.
- Si necesita cancelar o reprogramar, pongase en contacto con nosotros al menos 24 horas antes de su cita programada.
- Si no acude a su cita sin da aviso, su cuenta sera facturada \$35.00.

_____ CUENTA DELINCUENTE:

- Si su saldo sigue pendiente de pago por 60 dias, usted recibira un aviso de nuestra oficina de negocios. El saldo continua impagas y no se hacen arreglos para hacer los pagos, su cuenta sera enviada a una agencia de cobranza.

_____ CHEQUES DEVUELTOS:

- Cualquier cheque devuelto tendra como resultado una cuota de servicio de \$50.00. Cheques devueltos deben canjearse en efectivo o con tarjeta de credito dentro de los 14 dias de ser devuelto o la cuenta sera considerada delicuenta.
- Dos cheques devueltos en un periodo de 12 meses tendra como resultado que la cuenta del paciente este en un estado de solamente efectivo.

_____ POLITICA DE MASCOTAS:

- Se permiten animals de servicio solo con un certificado. Puede enviarse antes o llevados a la oficina el dia de la visita.

Nombre Del Paciente (imprimir)

Firma Del Paciente o Guardian

Fecha