



North Texas Foot and Ankle Specialists, P.C.
Forma de Registro del Paciente

Informacion del Paciente (FAVOR de llenar los espacios correspondientes)

Nombre: _____ **Inicial:** _____ **Apellido:** _____

Domicilio fisico: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Domicilio Alternativo para efectos de Cobranza (si es distinto al de arriba): _____

Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Celular: _____

Por favor especifique mejor forma de localizarlo (lugar y telefono) _____ Correo Electronico (e-mail) _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: mes _____ dia _____ año _____ Sexo: M / F Seguro Social: _____ - _____ - _____ Estado Civil: _____

Nombre y Domicilio del Empleador: _____ o Estudiante: Si / No

Motivo de su visita _____ Fecha de Ocurrido: _____ Relacionado con: Trabajo Si/No Auto Si/No Accidente Si/No

Nombre completo de su Médico Familiar: _____ Fecha de su última visita: _____ Telefono _____

Informacion de Seguro Médico Principal (EN ADICION de una copia de la tarjeta de su Seguro Médico)

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Si es necesario trajo su referencia: Si/No/ NA

Telefono de la Compañía de Seguros para verificacion de elegibilidad: _____

Domicilio la Compañía de Seguros para envio de reclamos: _____

Póliza /Miembro ID: _____ Grupo / No. de Cuenta: _____

Nombre Completo del Asegurado Titular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / F SS # _____ - _____ - _____

Domicilio del Asegurado: _____

Nombre del Empleador: _____ Telefono: _____

Domicilio del Empleador: _____

Informacion de Seguro Médico Suplementario (UNICAMENTE si el Paciente tiene MEDICARE como Seguro Principal / Suplementario)

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Si es necesario trajo su referencia: Si/No/ NA

Telefono de la Compañía de Seguros para verificacion de elegibilidad: _____

Domicilio la Compañía de Seguros para envio de reclamos: _____

Póliza /Miembro ID: _____ Grupo / No. de Cuenta: _____

Nombre Completo del Asegurado Titular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / F SS # _____ - _____ - _____

Domicilio del Asegurado: _____

Nombre del Empleador: _____ Telefono: _____

Domicilio del Empleador: _____

Privacy Information

Podemos dejar recado en alguno de los telefonos mencionados arriba: CASA: Si/No TRABAJO: Si/No CELULAR: Si/No

Nombre de Contacto en caso de Emergencia: _____ Relacion con el Paciente: _____ Telefono: _____

Nombre de un miembro de la familia / amigos que pueden recoger sus archivos medicos y/o articulos médicos: _____

Nombre de un miembro de la familia / amigos que tiene autorizacion de los padres para traer a un menor de edad cuando su guardian esta ausente: _____

Consentimiento

Certifico que la informacion arriba mencionada y anexa es verdadera y correcta. Autorizo al doctor que administre y lleve a cabo aquellos procedimientos que considere necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento para mi o mi hijo(a). En mi representacion o de mi hijo(a), Autorizo a nombre del Paciente arriba mencionado a recibir tratamiento medico o cuidados quirurgicos con cualquiera de los doctores de la clinica *North Texas Foot and Ankle Specialists, PC.*

Nombre del Paciente: _____ Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Firma del Representante de la oficina _____ Fecha: _____

Historia Médica

Historia General

Nombre completo: _____ Ocupacion: _____
Sexo: M / F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Peso: _____ Altura: _____ No. de Calzado: _____
Motivo de su visita _____ Médico Familiar: _____ Fecha de su ultima visita: _____
Podria usted decir que su salud es: Buena / Regular / Mala Cree usted que este embarazada: Si / No
Fuma: No. Cajetillas/ dia _____ Años: _____ Fumador retirado: No. Cajetillas / dia _____ Años: _____
Cafeina: Cantidad _____ Alcohol: No toma rara vez moderadamente diario Dejo de tomar _____
Drogas Recreativas: No usa Moderadamente Diario Dejo de usarlas _____
Actividades Atleticas: _____ No. de veces al dia / semana: _____
Su trabajo le requiere que (marque todo lo que aplique) Estar Sentado Estar parado Estar sentado/parado Estar parado y caminando No trabaja
Anteriormente ha visitado usted a algun Podiatra? Si / No Si lo ha visitado, favor de llenar la siguiente informacion
Nombre: _____ Fecha de su ultima visita: _____
Anteriormente ha utilizado soportes ortopedicos / arcos? Si / No Si contesto SI, de que tipo: _____
Como supo de nosotros? _____

Historia de: Tiene used o alguna vez ha recibido tratamiento para: (circule alrededor de lo que aplique para indicacion de que su respuesta es SI)

SIDA/ VIH	Juanetes	Gota	Problemas Nerviosos	Ulceras estomacales
Anemia	Dolor de Pecho	Dolor de Cabeza	Flebitis	Paros
Angina	Dependencia quimica	Enfermedades del Corazon	Verruga Plantar	Hinchazon de Tobillos / Pies
Dolor de tobillos	Cancer	Dolor de Talones	Cuidado Psiquiatrico	Pies cansados
Artritis	Problemas Circulatorios	Hemofilia	Tratamiento de Radiacion	Tiroides
Valvulas de Corazon Artificial	Callos	Presion Alta	Salpullido	Tuberculosis
Coyonturas artificiales	Diabetes	Uñas enterradas	Fiebre reumatica	Varices
Asma	Problemas del oido	Problemas del riñon	Ataques (apoplejia)	Enfermedades venéreas
Pie de atleta	Problemas de la vista	Problemas del Higado	Sinusitis	Perdida de peso inexplicada
Problemas de Espalda	Desmayos	Presion Baja	Dieta especial	Otros: _____
Problemas de Sangrado	Pie Plano	Problemas del pulmon	Lastimaduras de tipo deportivo	

Historia Sensitiva: Dolor Nocturno Quemazon Adormecimiento Hinchazon Calambres/ Adormecimiento en los pies/ piernas Dolor de pantorrilla

Nivel de Dolor: Por favor circule el numero dentro de la escala de dolor que mejor represente su nivel de dolor en este momento.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
(cero: No hay dolor) (Diez: El dolor mas fuerte)

HISTORIA FAMILIAR

Favor de enlistar la relacion familiar con miembros de su familia que han tenido problemas de: Problema de los pies: _____
Artritis: _____ Diabetes: _____ Problemas del corazon _____

Procedimientos quirúrgicos / Otras Hospitalizaciones

Historia Quirúrgica	Fecha	Historia de hospitalizaciones	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ha recibido transfusions de Sangre en el pasado: Si / No Ha estado expuesto a la Hepatitis: Si / No

Medicamentos (Favor de anexar una lista adicional si es que aplica)

Favor de incluir medicinas y vitaminas con prescripcion médica o sobre mostrador: _____

Nombre de la Farmacia: _____ Direccion: _____ Telefono: _____

Alergias

Tiene usted alergias a lo siguiente: (circule todo lo que aplique y enliste cualquiera reaccion) o CIRCULE: NO CONOZCO QUE TENGA ALERGIAS

Cinta Adhesiva: _____	Anticoagulantes: _____	Aspirina: _____
Codeina: _____	Demerol: _____	Iodina: _____
Anestesia Local: _____	Novocaina: _____	Penicilina: _____
Mariscos: _____	Sulfas: _____	Otros: _____

Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente o Guardian: _____ Fecha: _____

Acuerdo del Tratamiento

_____ Prometo cooperar completamente con el médico que me este tratando ya sea de manera quirúrgica o no-quirúrgica. Entiendo que si no sigo las instrucciones de mi medico para mi cuidados y tratamiento, incluyendo cualquier terapia fisica o medicamentos, el resultado de mis cuidados y tratamiento podria estar en peligro y podrian ocurrir resultados no optimos.

Liberacion de Informacion

_____ Para el propósito del pago, Autorizo a *Foot and Ankle Associates of North Texas* que libere la **Informacion Privada de Mi Salud**, a cualquier o todas mis aseguradoras, a cualquier indemnizador de pagos a terceros y supervisores de reclamos, hasta que se resuelvan los reclamos. Para propósito del tratamiento, tambien autorizo a la clinica arriba mencionada, la liberacion de mi informacion y/o contactar cualquier o todos los medicos que me esten tratando.

Constancia del recibo de informacion de Practicas Privadas

_____ Doy constancia de que me fue proveida una copia de la informacion de Practicas Privadas HIPPA y que la he leído (o he tenido la oportunidad de leerla si es que lo requiero) y que entiendo esta informacion.

Política Financiera del Paciente

_____ Como nuestro Paciente, usted es responsable de proveer todas las autorizaciones/ referimientos necesarios para que se le de tratamiento en esta clinica. Debe informar a esta oficina de todos los cambios de su informacion personal (Domicilio, Numeros telefonicos, etc) y/o cambios en mi Seguro y autorizacion de los requerimientos de referencia médica. En el evento de que la oficina no sea notificada, usted sera responsable por cualquier cargo negado.

_____ Su porcion del pago por servicios deben de ser pagados al momento del servicio. Aceptamos tarjetas VISA, MasterCard, efectivo o cheque.

_____ Su poliza de Seguro es un contrato entre usted y la compania de Seguros. Como una cortesía, nosotros llenamos y presentamos su reclamo a la compania de Seguros, con una asignacion de beneficios. Usted esta acordando que su compania de Seguros pague al Doctor directamente. Si su compania de Seguros no ha pagado a esta practica dentro de los siguientes 60 dias, el Paciente o guardian que solicita el servicio medico para un menor, sera responsable del pago de los servicios. Favor de contactar al Representante de cuentas del Paciente en nuestros oficinas si tiene usted alguna pregunta.

_____ Favor de respetar nuestra politica de aviso de cambio de citas dentro de las 24 horas previas a la cita, ya que SI hay un cargo por citas canceladas o no atendidas que no hayan dado previo aviso. Citas canceladas, o no atendidas continuamente pueden resultar en la transferencia de su cuidados a una clinica alterna.

_____ Hemos realizado previos acuerdos con companias de Seguros y otros planes de salud para aceptar la asignacion de beneficios. Nosotros facturaremos a esos planes con quienes tenemos acuerdos y requeriremos que usted pague el co-pago / coaseguro/ deducible en el momento de los servicios. Su parte por adelantado sera calculada basado en los beneficios/limites de su Seguro medico y la porcion negociada en el acuerdo que tenemos con las companias de Seguros y planes de Salud. Si usted esta viendo a nuestros doctores con una base de "Fuera-de-red", usted sera sujeto a las tarifas marcadas como "Fuera de red".

_____ No todos los servicios son beneficios "cubiertos" dentro de todas las pólizas de Seguros, algunos planes imponen un periodo de espera antes de empezar a cubrir servicios. En el evento de que su plan de Salud determine un servicio como "no cubierto/pre-existente", o no tiene autorizacion, usted sera responsable por el total del cargo. Trataremos de verificar la cobertura de beneficios de algunos servicios especializados; sin embargo, usted sigue siendo responsable por los cargos de cualquier servicio proveido. Alentamos a nuestros pacientes a contactar a sus planes de salud para aclarar los beneficios antes de que se les de algun servicio.

_____ Nuestra oficina no presenta reclamos a Seguros secundarios, a menos de que el Paciente tenga Medicare. Para otras companias aseguradoras, proveeremos un estado de Cuenta detallado si se requiere. Si usted tiene dos planes de Seguro medico, usted DEBE notificarnos cual sera la compania aseguradora **PRINCIPAL**.

_____ Procedimientos quirúrgicos programados requieren de pago anticipado. Su deducible/co-aseguro/co-pago para dicho procedimientos debe ser pagado en la cita pre-operatoria. Para otros servicios proveidos en el hospital, nosotros enviaremos la factura a su aseguradora o plan de salud. Cualquier balance que reste es su responsabilidad.

_____ Nosotros sabemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago a tiempo de su Cuenta. Si este problema sucede, le pedimos que nos contacte lo mas pronto posible para la asistencia de nuestra administracion. Excepciones al pago de alguna Cuenta seran acordadas por escrito.

_____ **CUENTAS VENCIDAS**, son sujetas a procedimiento de cobranza. Todos los cargos incluyendo, sin limitar a los cargos por Cobranza, cargos de abogados, y cargos de la Corte pasan a ser parte de su responsabilidad en adiccion al balance que tiene en esta oficina.

_____ Las cuentas que no mantengan estatus financiero en "buenas condiciones", resultaran en el termino de la relacion Paciente-doctor de la clinica *Foot and Ankle Associates of North Texas*.

_____ Hay una cuota de servicio de \$25.00 por todos los cheques devueltos. Despues de que ocurra un CHEQUE SIN FONDOS (NSF) o CUENTA DE BANCO CERRADA todas las emisiones de pago deberan ser de diferente forma de pago. Restitucion sera solicitada a la oficina del Abogado de Distrito por "robo por cheques".

AUTORIZACION DE PAGO

_____ Por este medio asigno todos los beneficios Medicos directamente a *North Texas Foot and Ankle Specialist, PC* para el pago de servicios llevados a cabo. Autorizo la liberacion de los archivos medicos necesarios para procesar mis reclamos medicos. Entiendo claramente que en el evento de que mi compania de Seguros no pague por los servicios que haya recibido, yo sere responsable financieramente del pago.

Estamos dedicados a proveerle con el mejor cuidado y servicio posible y que usted entienda completamente nuestras politicas como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento. Si tienes alguna pregunta, por favor hable con alguien del staff de nuestra oficina o supervisor.

Favor de poner sus iniciales en cada espacio y firme abajo:

Nombre del Paciente: _____ **Firma del Paciente / Guardian:** _____ **Fecha:** _____

Testigo de la oficina: _____ **Fecha:** _____ **Iniciales del Paciente que indican que recibo una copia**