



EL DIA DE HOY: \_\_\_\_\_

MEDICO

PRIMARIO: \_\_\_\_\_

REFERIDO

POR: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEX: M  F

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

CELL PH: \_\_\_\_\_ HOME PH: \_\_\_\_\_ WORK PH: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: **SOLTERO / CASADO / DIVORCIADO / APARTADO / VIUDO**

ESTADO DE EMPLEO: **EMPLEADO / ESTUDIANTE / RETIRADO**

### **INFORMACION DE SEGURO**

SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TIPO DE PLAN: \_\_\_\_\_

POLITICA: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

RELACION DEL PACIENTE AL SEGURO PRINCIPAL:  EL MISMO  CONYUGUE  HIJO  OTRO

SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ TIPO DE PLAN: \_\_\_\_\_

POLITICA: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

RELACION DEL PACIENTE AL SEGURO PRINCIPAL:  EL MISMO  CONYUGUE  HIJO  OTRO

### **EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

CELLULAR TELEFONO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

LA INFORMACION ANTERIOR ES FIEL A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



**HISTORIA PERSONAL DE SALUD**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EL DIA DE HOY: \_\_\_\_\_

MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO: \_\_\_\_\_

QUEJA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

TALLA DE ZAPATO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

**ULTIMO HISTORIAL MEDICO**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIABETES: TIPO 1___ TIPO 2___ | <input type="checkbox"/> TRASTORNOS DE SANGRE       |
| <input type="checkbox"/> ASMA                          | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS               |
| <input type="checkbox"/> CIRCULACION POBRE             | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL           |
| <input type="checkbox"/> VENAS VARICOSAS               | <input type="checkbox"/> DIALISIS                   |
| <input type="checkbox"/> ULCERAS DE PIE                | <input type="checkbox"/> ULCERAS DE ESTOMAGO        |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE CORAZON          | <input type="checkbox"/> ANEMIA                     |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSION ARTERIAL         | <input type="checkbox"/> CALAMBRES: DAY___ NIGHT___ |
| <input type="checkbox"/> DESRAME CEREBRAL              | <input type="checkbox"/> COLORES DE CABEZA/MIGRANAS |
| <input type="checkbox"/> SIATICA                       | <input type="checkbox"/> CANCER                     |
| <input type="checkbox"/> NERVIOSISMO/ ANSIEDAD         | <input type="checkbox"/> GOTA                       |
| <input type="checkbox"/> OSTEOARTRITIS                 | <input type="checkbox"/> DEPRESION                  |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS REUMATOLOGICOS      | <input type="checkbox"/> POLIO                      |
| <input type="checkbox"/> SIDA                          | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON CICATIZACION |
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS B                   | <input type="checkbox"/> LUPUS                      |
| <input type="checkbox"/> ESCLERODERMIA                 | <input type="checkbox"/> CEGUERA/RETINOPATIA        |
|  | <input type="checkbox"/> HEPATITIS C                |

ESTA EMBARAZADA? \_\_\_\_\_

TIENE PROBLEMAS DE COAGULACION? \_\_\_\_\_

UTILIZA TABACO? SI \_\_\_ NO \_\_\_ CIGARRILLOS \_\_\_ CHEW \_\_\_ CIGARS \_\_\_ PIPE \_\_\_

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. _____ | DATE: _____ |
| 2. _____ | DATE: _____ |
| 3. _____ | DATE: _____ |
| 4. _____ | DATE: _____ |
| 5. _____ | DATE: _____ |
| 6. _____ | DATE: _____ |

**OTROS HOSPITALACIONES**

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. _____ | DATE: _____ |
| 2. _____ | DATE: _____ |

3. \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

HA TENIDO LESIONES EN LOS PIES, LOS TOBILLOS, PIERNAS O ESPALDA? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS**

<b>NOMBRE DE LAS MEDICINAS:</b>	<b>DOSIS:</b>	<b>FRECUENCIA:</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_ NO SOY ALERGICA A CUAQUIER MEDICAMENTO QUE YO SEPA.

**YO SOY ALERGICO A LA SIGUIENTE:**

- |                      |                                  |
|----------------------|----------------------------------|
| ____ ASPIRINA        | ____ CINTA/ ADHESIVOS EN LA PIEL |
| ____ CODEINA         | ____ MATERIALES DE SUTURA        |
| ____ NOVOCAIN        | ____ YODO                        |
| ____ VICODIN         | ____ DROGAS SULFA                |
| ____ PENICILLNA      | ____ ANTIHISTAMINICOS            |
| ____ CIPRO           | ____ TETRACICLINA                |
| ____ TRANQUILLZANTES | ____ OTROS: _____                |

**OTROS PROBLEMAS**

- |               |                  |                          |
|---------------|------------------|--------------------------|
| ____ CUELLO   | ____ ESPALDA     | ____ PESO                |
| ____ OIDOS    | ____ INTESTINAL  | ____ NIVEL DE ENERGIA    |
| ____ NARIZ    | ____ VEJIGA      | ____ CAPACIDAD DE DORMIR |
| ____ GARGANTA | ____ INTESTINO   | ____ OTRO DOLOR/MALESTAR |
| ____ PULMONES | ____ CIRCULACION |                          |

**ACUERDO CON LA ASEGURANZA:** YO, PERSONA QUE FIRMA, CERTIFICO QUE ESTOY CUBIERTO POR EL PLAN MEDICO ANTES MECIONADO Y ASIGNO A FLORIDA FOOT AND ANKLE ASSOCIATES LLC TODOS LOS BENEFICIOS DE MI SEGURO MEDICO QUE ME SEAN RENDIDOS. AUTORIZO AL DOCTOR A RELEVAR TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA ASEGURAR LOS PAGOS DE MIS BENEFICIOS, ASI COMO UTILIZAR MI FIRMA EN TODO LO RELACIONADO EN ESTE.

**AUTORIZACION PARA MEDICARE:** ESTOY DE ACUERDO CON QUE MEDICARE PAGUE LOS BENEFICIOS POR LOS SERVICIOS QUE ME SEAN RENDIDOS A CENTRAL FLORIDA FOOT AND ANKLE ASSOICATES CENTER. AUTORIZO A HEALTH CARE FINANCING Y SUS AGENTES A OBTENER CUALQUIER INFORMACION NECE SARIA PARA PAGAR LA RECLAMACION. SI HUBIERA OTRA ASEGURANZA INDICADA EN EL PUNTO 9 DE LA FORM HCFA-1500, O CUALQUIEROTRA FORMA DE RECLAMO, MI FIRMA AUTORIZA EL ACCESO DE INFORMACION PARA EL ASEGURADOR O AGENCIA ASIG NADA A MEDICARE. DOCTORES O SUPLIDORES ACEPTAN EL ACUERDO DE CARGO DETERMINADO POR MEDICARE, A SI COMO EL MONTO TOTAL DE LOS CARGOS Y EL PACIENTE SE HACE RESPONSIBLE SOLAMENTE DE PAGAR EL DEDUCIBLE, COASEGURANZA O SER VICIO NO CUBIERTO. LA COASEGURANZA Y EL DEDUCIBLE SON BASADOS EN LA DETERMINACION DE CARGOS POR MEDICARE.

**CONSENTIMIENTO:** YO, CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTES MENCIONADA ES CIERTA Y VERDADERA PARA MI CONOCIMIENTO. AUTORIZO AL DOCTOR A ADMINISTRAR O LLEVAR A CABO CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE SEA DESIGNADO PARA MI DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO EN PIES Y TOBILLOS.

\_\_\_\_\_

NOMBRE(PRINT)

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



## **FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PACIENTE**

PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

GRACIAS POR ELEGIR A NUESTRO MEDICO DE FLORIDA FOOT AND ANKLE ASSOCIATES, LLC. ESTAMOS AGRADESIDOS POR SU ELECCION Y ESTAMOS COMPROMETIDO A PROPORCIONARLE EL MEJOR CALIDAD DE ATENCION. LE PEDIMOS QUE LEA Y FIRME ESTE FORMULARIO PARA RECONOCER SU CONOCIMIENTO DE NUESTROS FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA.

### **PACIENTE RESPONSABILIDADES FINANCIERAS**

- LOS PACIENTES SON RESPONSABLES POR EL COPAGO, COASEGURO, DEDUCIBLE Y TODOS LOS OTROS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTO NO CUBIERTOS POR SU PLAN DE SEGURO.
- PARA MAYOR COMODIDAD, FLORIDA FOOT AND ANKLE ASSOCIATES, LLC (FFAA) MANDA LA CUENTA TU SEGURO PARA LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS. SIN EMBARGO, EL PACIENTE SE REQUIERE PROPORCIONAR FFAA CON MAS INFORMACION CORRECTA Y ACTUALIZADA ACERCA DE SU COBERTURA DE SEGURO.
- EL PACIENTE(O GUARDIAN DEL PACIENTE, SI UN MENOR DE EDAD) ES RESPONSABLE EN ULTIMA INSTANCIA PPOR EL PAGO DE TRATAMIENTO Y ATENCION PRESTADA POR FFAA.
- EL PACIENTE PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO DE CARGOS ADICIONALES INCURRIDOS PERO SIN LIMITARSE A LO SIGULENTE.
  1. CARGO POR CHEQUES DEVUELTOS
  2. CUALQUIER COSTO ASOCIADO CON EL COBRO DE PACIENTES
  3. COBRAR POR INCUMPLIMIENTO DE CITAS SIN PREVIO AVISO DE AL MENOS 24 HORAS ANTES DE LA CITA.

EH LEIDO, COMPRENDO Y ESTOY ACUERDO CON LOS DISPOSICIONES DE ESTE FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PATIENT O GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE(PRINT)



## **POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS/CANCELACIONES/NO SHOWS**

### **\$35.00 CARGO POR NO SHOWS/CANCELACIONES**

NUESTROS PROTOCOLOS DE SEGUIMIENTO SE BASAN EN AÑOS DE EXPERIENCIA Y LE BRINDAN EL MEJOR CUIDADO ESTÁNDAR. MANTENER SU CITA ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DEL PACIENTE, ASÍ COMO PARA LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE PRESCRIBEN. CUANDO NO MANTIENE SU CITA, TENEMOS LAGUNAS EN NUESTRO HORARIO QUE AFECTA EL HORARIO PARA TODO EL DÍA. ESAS LAGUNAS PODRÍAN HABER SIDO DADAS A OTROS PACIENTES QUE NECESITAN CITAS MÁS PRONTO.

USTED SERÁ CONSIDERADO UN NO-SHOW SI USTED PIERDE UNA CITA Y NO NOS NOTIFICA CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN. **USTED RECIBIRÁ UNA FACTURA POR \$35,00 SI NO MUESTRA/CANCELA O REPROGRAMA.**

NUESTRA OFICINA HACE TODO LO POSIBLE PARA RECORDARLE SU CITA. POR FAVOR ACTUALICE SU HOGAR Y NÚMEROS DE TELÉFONO CELULAR, DIRECCIÓN Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO SIEMPRE QUE HAYA UN CARGO. SI USTED NO CUMPLE CON NUESTRA POLÍTICA Y REGULACIONES DESAFORTUNADAMENTE, VAMOS A TENER QUE DESCARGAR DE NUESTRA PRÁCTICA.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA ANTERIOR

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

Fecha



## **INFORMACIÓN DE FARMACIA**

FARMACIA NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE FARMACIA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE FARMACIA: \_\_\_\_\_

PACIENTE FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**\*TODAS LAS MEDCIACIONES SE PRESCRIBEN ELECTRÓNICAMENTE\***