

Formularios Para Pacientes Nuevos

Fecha

Detalles del Paciente

Nombre

☐ Masculino ☐ Femenino # de Seguro Social

Fecha de Nacimiento Edad

Dirección

Ciudad/Estado Código Postal

de Teléfono 1 ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

de Teléfono 2 ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Correo Electrónico

Ocupación

¿Como escucho de nosotros?

Parte responsable/Contacto de cuenta (si es diferente al paciente)

Nombre

Fecha de Nacimiento # de Seguro Social

Dirección

Ciudad/Estado Código Postal

de Teléfono ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

¿Podría describir el motivo de la visita de hoy?

¿Desde hace cuánto tiempo le está molestando?

¿Ha recibido tratamiento para este problema? ☐ Si ☐ No

En caso de que si, por favor describa el tratamiento:

¿Ha tenido alguna cirugía previa en el pie o el tobillo? ☐ Si ☐ No

En caso de que si, por favor indique el tipo y las fechas de cirugía:

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES

En caso de una emergencia, por favor contacten a:

Nombre

Relación

de teléfono

Doctor Primario:

Nombre

Numero

Día de la última visita

Farmacia Preferida y Locación:

Seguro Médico:

Póliza Primaria

Compañía

de Póliza

de grupo

Póliza Secundaria

Compañía

de Póliza

de grupo

(Opcional) ☐ Prefiero no compartir esta información

Lenguaje Primario

Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Hispano ☐ No hispano

☐ Blanco

☐ Negro o Afroamericano

☐ Asiático

☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska

☐ Nativo de Hawái o otra isla del pacifico

Formularios Para Pacientes Nuevos

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES
Si ya tiene impresa alguna de la siguiente información, estaremos encantados de hacer una copia.

Alergias

¿Ha experimentado alguna reacción alérgica o efecto adverso debido a lo siguiente?

☐ NO KNOWN DRUG ALLERGIES

☐ Aspirina

☐ Sulfamidas

☐ Lidocaína

☐ Codeína

☐ Penicilina

☐ Látex

☐ Yodo

☐ Cortisona

☐ Cinta

☐ Betaína

☐ Novocaína

Otra:

Por favor, indique si usted o algún miembro de su familia ha padecido alguna de las siguientes condiciones:

Madre	Padre	Paciente	
☐	☐	☐	Anemia
☐	☐	☐	Artritis
☐	☐	☐	Asma
☐	☐	☐	Desorden de Sangre
☐	☐	☐	Problemas al Respirar
☐	☐	☐	Cáncer- tipo:
☐	☐	☐	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
		☐	COVID-19 fecha:
☐	☐	☐	Diabetes Insulino-Dependiente
☐	☐	☐	Diabetes No Insulino-Dependiente
☐	☐	☐	Gota
☐	☐	☐	Enfermedad Cardíaca
		☐	Hepatitis
☐	☐	☐	Colesterol Alto
☐	☐	☐	Presión Alta
		☐	VIH
		☐	Reemplazo de Articulación
			(☐ Derecho ☐ Izquierda)
			(☐ Derecho ☐ Izquierda)
☐	☐	☐	Enfermedad Renal
☐	☐	☐	Enfermedad Hepática
☐	☐	☐	Prolapso de la Válvula Mitral
☐	☐	☐	Neuropatía
☐	☐	☐	Flebitis (Coágulos de Sangre)
☐	☐	☐	Problemas Estomacales
☐	☐	☐	Enfermedad de la Tiroides
☐	☐	☐	Otra Condición:
☐	☐	☐	Otra Condición:
☐	☐	☐	Otra Condición:

Nombre de Paciente

Fecha

Estatura ' " Peso Talla de Zapato

Historia Social

¿Fumas? ☐ No

☐ Si, cada día

☐ Si, ocasionalmente

En caso que si, ¿cuántos años?

☐ Anteriormente fumé durante años.

¿Cuándo lo dejaste?

¿Bebes alcohol? ☐ No

☐ Ocasionalmente

☐ Poco

☐ Moderado

☐ Pesado

Medicamentos

Nombre todos los medicamentos recetados, así como los medicamentos de venta libre, las vitaminas y suplementos dietéticos:

(Iniciales) Si está disponible, autorizo a Arch Foot & Ankle a obtener mi lista de medicamentos actuales de mi farmacia.

Historia Quirúrgica

Por favor, nombre las cirugías mayores.

Política de Responsabilidad Financiera del Paciente

Gracias por elegir Arch Foot & Ankle para sus necesidades de atención podológica. Nos comprometemos a brindarle una atención de la más alta calidad. Todo paciente debe estar plenamente informado sobre las opciones de tratamiento y las obligaciones financieras correspondientes a un servicio específico. Por favor, lea atentamente este formulario y fírmelo para confirmar que comprende las obligaciones financieras relacionadas con su tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas financieras, consulte al personal de nuestra oficina antes de firmar este documento.

A continuación, presentamos nuestra política de pago, la cual le solicitamos leer y firmar antes de su(s) visita(s).

El paciente (o su tutor legal, en caso de ser menor de edad) es el responsable final del pago de su tratamiento y atención.

Los pacientes cuentan con diversas opciones de seguro y pago por los servicios prestados. Asimismo, no todos los podólogos de la consulta aceptan el mismo tipo de seguro. Para garantizar que disponemos de información precisa para tramitar su reclamación, haremos una copia de su tarjeta de identificación del seguro durante su cita.

Es obligatorio que nos informe de inmediato sobre cualquier cambio en sus datos personales o en la información de su seguro. Los pacientes sin seguro deben abonar el importe total en el momento de recibir el servicio.

No obstante, entendemos que las dificultades económicas pueden afectar a su capacidad para realizar el pago completo. Siempre haremos todo lo posible por colaborar con usted. Por favor, solicite hablar con nuestro administrador de la consulta llamando al (281) 980-3668 para acordar una solución satisfactoria.

Planes participantes: Debe presentar su tarjeta de seguro y su formulario de autorización (referido) en cada visita. Nosotros tramitaremos la reclamación médica directamente ante su compañía de seguros para gestionar el pago en su nombre. Se requiere el pago total al momento de recibir el servicio para todos los pacientes sin seguro o aquellos cubiertos por planes en los que no participamos.

Servicios no cubiertos: Si su proveedor no participa en su plan de seguro o si sus servicios no están cubiertos por su plan de seguro, usted es responsable de pagar todos los cargos en el momento de recibir el servicio.

Copagos o deducibles: Todos los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos se cobrarán en el momento de la prestación del servicio.

Cancelaciones y citas perdidas: Nuestra política consiste en cobrar por las citas perdidas que no se hayan cancelado con al menos 24 horas de antelación. Usted será responsable de abonar la tarifa de \$50.00 por cita perdida, la cual se le facturará directamente.

Cheques devueltos: Conllevarán un cargo por servicio de \$35.00.

Falta de pago: Si su cuenta presenta un retraso superior a 60 días, recibirá un estado de cuenta indicando que dispone de un plazo de 30 días para liquidar el saldo total. Tenga en cuenta que, si el saldo permanece impagado, podríamos remitir su cuenta a una agencia de cobranza y tanto usted como sus familiares directos podrían ser dados de baja de nuestra consulta. En tal caso, se le notificará por correo ordinario y certificado que dispone de 30 días para buscar atención podológica alternativa. Durante dicho periodo de 30 días, únicamente podremos atenderle en situaciones de urgencia.

Pago: Para su comodidad, se aceptan los siguientes métodos de pago: efectivo, cheque personal, Visa, MasterCard, American Express y Discover.

Autorizo que los pagos se realicen directamente a Arch Foot & Ankle y comprendo plenamente que soy la parte responsable de todos los cargos en los que yo o mis dependientes incurramos en este centro. Asimismo, autorizo la divulgación de toda la información necesaria para tramitar y gestionar las reclamaciones a mi seguro médico. He leído la "Política Financiera"; la comprendo y estoy de acuerdo con ella. Mediante mi firma a continuación, autorizo la cesión de beneficios económicos directamente a Arch Foot & Ankle por los servicios prestados, según lo permitido por los contratos estándar con terceros. Comprendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por dicha cesión.

Entiendo que Arch Foot & Ankle y sus médicos no son los responsables finales de realizar el cobro a mi seguro ni de negociar la resolución de las reclamaciones. Comprendo las políticas financieras y asumo la responsabilidad de pagar cualquier saldo pendiente en mi cuenta. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de si son cubiertos o no por el seguro.

He leído, comprendo y acepto las disposiciones de esta Política de Responsabilidad Financiera del Paciente:

Nombre de el Paciente

Nombre de la parte responsable (si es diferente)

Firma

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente, doy mi consentimiento para que Arch Foot & Ankle utilice y divulgue información médica protegida (PHI) sobre mí con el fin de llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO).

Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Arch Foot & Ankle se reserva el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener una versión actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad enviando una solicitud por escrito a Arch Foot & Ankle, Privacy Officer, 3143 Hwy. 6, Sugar Land, TX 77478.

Mediante este consentimiento, Arch Foot & Ankle puede llamar a mi domicilio o a otro lugar alternativo y dejar un mensaje en el buzón de voz o hablar personalmente conmigo en relación con asuntos que ayuden a la consulta a llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO), tales como recordatorios de citas, cuestiones relacionadas con el seguro y cualquier llamada relativa a mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros. No obstante, nuestra política consiste en no dejar mensajes detallados sobre información de salud protegida ni sobre ningún aspecto relacionado con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Con este consentimiento, Arch Foot & Ankle puede **enviar por correo a mi domicilio o a otra ubicación alternativa** cualquier material que ayude al consultorio a llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones (TPO), tales como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuenta del paciente, siempre que estén marcados como Personal y confidencial.

Mediante este consentimiento, Arch Foot & Ankle puede enviar por **correo electrónico a mi domicilio o a otra dirección** alternativa cualquier documento que ayude a la consulta a llevar a cabo sus operaciones, tales como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuenta del paciente.

Tengo derecho a solicitar que Arch Foot & Ankle restrinja la forma en que utiliza o divulga mi información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Sin embargo, el consultorio no está obligado a aceptar las restricciones que solicito; no obstante, si lo hace, quedará sujeto a este acuerdo.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, salvo en la medida en que el consultorio ya haya realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento o lo revoco posteriormente, Arch Foot & Ankle puede negarse a proporcionar tratamiento.

Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. He leído y comprendido dicho aviso. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Arch Foot & Ankle divulgue mi Información de Salud Personal (PHI) con el fin de llevar a cabo actividades de Tratamiento, Pago y Operaciones de atención médica (TPO).

Nombre de el Paciente

Nombre de la parte responsable (si es diferente)

Firma

Fecha