

Información Confidencial del Paciente
Foot Clinic of the High Plains PLLC
2100 FM 2590 Ste 200
Canyon, TX 79015

Información del Paciente

Nombre: _____
Dirección de envío: _____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____
Dirección de envío: _____ Sexo (M/F): _____ Estado civil: _____
Número de teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Doctor de Familia: _____ Teléfono del trabajo: _____
Contacto de Farmacia: _____
emergencia: _____ Relación: _____ Número: _____

Problema(s) de pie o tobillo

Que problema tienes hoy? _____

Cuánto tiempo? _____ Tratos? _____ Por quién? _____

¿Es esta compensación laboral? Sí No (En caso afirmativo, responda las preguntas 1 a 6).

1. Fecha del accidente: _____ 2. Nombre del empleado: _____ 3. Persona de contacto: _____
4. Dirección de envío: _____ 5. Número? _____
6. Otra información según sea necesario: _____

Información del seguro (o proporciónenos una tarjeta de seguro válida para copiar)

Ins primarios Co: _____ Nombre del asegurado (si es
Identificación diferente): _____
asegurada #: _____ Grupo #: _____
Secundario Ins. Co: _____ Nombre del asegurado (si es
Identificación diferente): _____
asegurada #: _____ Grupo #: _____

Si el paciente tiene menos de 18 años, proporcione la información del adulto responsable:

Nombre: _____ Relación: _____ Número? _____
Dirección de envío: _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina?

Por favor lea y firme

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, que incluyen los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluido el seguro privado y cualquier otro plan de salud a Foot Clinic of the High Plains PLLC. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Entiendo que soy responsable del pago de los cargos independientemente de tener seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando (o envíenos una lista)

¿Alergias a medicamentos, alimentos o suministros? _____

¿Fumas? Sí No

En caso afirmativo, cuántas bebidas por día / semana: _____

¿Bebes alcohol? Sí No

En caso afirmativo, cuántas bebidas por día / semana: _____

¿Estás embarazada (solo mujeres)? Sí No

Si es así, cuántos meses: _____

| | Sí | No | Historial médico | Sí | No |
|---|-----|-----|------------------|---|-----|
| Diabetes | ___ | ___ | | | |
| Problema de circulación | ___ | ___ | | Alta presión sanguínea | ___ |
| Soplo cardíaco, prolapso | ___ | ___ | | Corazón (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva) | ___ |
| Artritis | ___ | ___ | | Gota | ___ |
| Úlcera de estómago / reflujo | ___ | ___ | | Riñón (cálculos, diálisis) | ___ |
| Cáncer, tumor | ___ | ___ | | Problemas de la piel, tendencia a la cicatrización | ___ |
| Anemia, tendencia al sangrado | ___ | ___ | | Tiroides | ___ |
| Asma | ___ | ___ | | Pulmón (neumonía, tuberculosis, EPOC) | ___ |
| Alergias estacionales (fiebre del heno) | ___ | ___ | | Pérdida de peso reciente | ___ |
| Visión, cataratas, glaucoma | ___ | ___ | | Audiencia | ___ |
| Enfermedad hepática, | ___ | ___ | | Páncreas | ___ |
| Vesícula biliar | ___ | ___ | | Dolor de cabeza | ___ |
| Problema Psiquiátrico | ___ | ___ | | VIH positivo | ___ |
| Enfermedad Venérea | ___ | ___ | | | |

Otros problemas: _____

Cualquier Cirugía: _____

Historial médico de la familia inmediata (abuelos, padres, hermanos)

Diabetes___ Alta presión___ Los ataque fulminante___ Corazón___ Cáncer___ Kidney disease___

Por favor lea y firme

Por la presente autorizo a los médicos de Foot Clinic of the High Plains PLLC y / o asistentes a administrar los tratamientos que se consideren necesarios en el diagnóstico de las afecciones de los pies y tobillos del paciente en espera de la discusión de las opciones antes de cualquier procedimiento.

Firme: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Si corresponde, escriba el nombre del padre o el representante del paciente en letra de imprenta

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO
AVISO DE PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD (HIPAA)**

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que leí (o tuve la oportunidad de leer si así lo elegí) y entendí el Aviso.

TARIFA TARDE DE \$ 25

Nos reservamos el derecho de cobrar un cargo por mora de \$ 25 a cualquier paciente que no pague sus facturas dentro de los 30 días.

TARIFA DE \$ 45 POR NO PRESENTARSE

Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$ 45 a cualquier paciente que no se presente a su cita programada y no nos notifique antes de la cita perdida.

RECARGOS A LA AGENCIA DE COBRO

Si la cuenta del paciente se envía por saldos impagos a la Agencia de Cobro, el paciente o el garante será responsable de los Recargos de la Agencia de Cobro.

Firma de la paciente / padre / representante del paciente

Fecha