

ALLIED ANKLE & FOOT CARE CENTERS, P.C.

Formulario de registro de pacientes:

PACIENTE	Nombre de Paciente: Apellido: Nombre (<i>legal</i>): Inicial del segundo:				
	SSN#:				
	Dirección:		Ciudad:	Estado::	Zip:
	Teléfono (de casa) #		Teléfono (de trabajo)#:		Teléfono (Cell) #
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento:	Edad:	
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Enviudado		Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Servicio militar		Estado de Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No es estudiante
	Empleador:			Empleo:	
	Nombre de Contacto Emergencia _____				
	Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro				
	Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Cel.				
* Por favor presente la tarjeta de seguridad al recepcionista *					
SEGURIDAD	Seguro Primero: _____				
	Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Naci. de Suscriptor _____ SSN de suscriptor: _____				
	Relación al paciente <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro				
	Seguro Segundo _____				
Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Naci. de Suscriptor _____ SSN de suscriptor _____					
Relación al paciente <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro					
FINANCIERO	Garante/Parte Responsable (Necesario para pacientes menos de 18 años)				
	Nombre de Garante - Apellido:		Nombre:(legal)		Inicial del segundo:
	Dirección: (si diferente de paciente)				
	Ciudad:	Estado:	Zip:		
	Teléfono #:	Fecha de Nacimiento:			
Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián					
Como se entero de Allied Ankle & Foot Care Centers? <input type="checkbox"/> Libro de Paginas Amarillos <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Nuestro sitio web <input type="checkbox"/> Ex-paciente <input type="checkbox"/> Doctor: _____ <input type="checkbox"/> Compañía de Seguridad <input type="checkbox"/> Familia/Amigo: _____ <input type="checkbox"/> Hospital/ER: _____ <input type="checkbox"/> Signo/Conducir por la oficina <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Otro: _____		Proporcionar a su etnia o raza es opcional, y no va a afectar a la calidad del cuidado que usted recibe en nuestra oficina. Si decide no responder a raza o etnia, por favor marque la casilla "No declarada, se negó a informar". Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No se informa/No declarada			
		Raza <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> No se informa/No declarada			

Firma de Paciente/Guardián

Fecha

HISTORIAL MÉDICO

Este registro completo es confidencial.

Nombre del Paciente:			Fecha de Nacimiento:
Apellido:	Nombre:	Segundo:	----- HOMBRE MUJER
Médico De Atención Primaria:	Número Telefónico del Médico:	¿Podemos llamar a su médico por sus registros de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de su ex Podólogo:	Número Telefónico del Podólogo:	¿Podemos llamar a su ex Podólogo por sus registros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Que clase de tratamiento podólogo has tenido?		¿Cuándo tuviste este tratamiento?	
¿Cual es su queja principal de los pies?			
Este problema ha existido por ____ días ____ semanas ____ años			

Marque cualquiera de los siguientes problemas que has tenido o que ha sido tratado:

	Diabetes		Fiebre Reumática
	Heridas en las piernas o los pies/cirugías		Problemas con los Riñones
	Problemas de Sangre		Problemas del Hígado
	Calambres de la pierna		Artritis
	Problemas del Corazón		Bursitis
	Asma		Hipertensión
	Epilepsia		Presión Arterial Baja
			Otros problemas?

Marque cualquier alergias que tengas: Novocaína Penicilina Solfas Cinta Adhesiva

Látex Otras alergias especificas? _____

No Tengo Alergias Conocidas

¿Que medicinas tomas regularmente?	
Nombre de Farmacia:	La dirección de farmacia:

	SI	NO	Comentario
¿Tomas alcohol? ¿Cuanto tomas?			
¿Fumas? ¿Cuanto fumas?			
¿Tomas Cafeína? ¿Cuanto tomas?			
¿Algunos de sus miembros familiares han sido tratado por diabetes?			
¿Has tenido algún tipo de heridas o cirugías en sus pies o piernas?			

Altura: _____ Peso: _____ Talla de Zapatos: _____ Comentarios: _____

Forma preferida de Comunicación para Recordatorios de Salud: Mensaje de Web Teléfono Correo Postal

Lenguaje Preferido (Necesario):: _____

Yo le doy permiso a Allied Ankle & Foot Care Centers, P.C. para examinarme y darme tratamiento.

Firma _____

Fecha _____

Política Financiera del Paciente

Nos dedicamos al suministro del cuidado mejor posible y servicio a usted y consideramos su entendimiento completo de nuestras políticas financieras como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento. Si tiene alguna pregunta, por favor hable de ellos con nuestro personal de la oficina delantero o supervisor.

- Como nuestro paciente, usted es responsable de todas las autorizaciones y las referencias necesarias para buscar tratamiento en esta oficina.
- A menos que se han hecho otros arreglos por adelantado por usted o su compañía de seguro de salud, pago de servicios de la oficina son debido al tiempo de servicio. Aceptamos VISA, MasterCard, Discover, efectivo o cheque.
- Su póliza de seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como una cortesía, archivaremos su declaración de daños para usted si asigna las ventajas para el doctor. En otras palabras, consiente en hacer su compañía de seguros pagar al doctor directamente. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de un período razonable, le tendremos que contemplar(buscar) para el pago.
- Hemos hecho preparativos previos con aseguradores y otros planes de salud aceptar una asignación de ventajas. Facturaremos aquellos proyectos con los cuales tenemos un acuerdo y sólo requeriremos que usted pague el co-pay/co-insurance/deductible en el momento del servicio.
- Si tiene la cobertura(reportaje) de seguros con un plan con el cual no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos la reclamación de usted en una base no asignada. Esto significa que su asegurador enviará el pago directamente a usted. Por lo tanto, todos los gastos para su cuidado y tratamiento son debidos en el momento del servicio.
- Todos los planes de salud no son lo mismo y no cubren los mismos servicios. Tal como resultó después su plan de salud determina un servicio no para ser “cubierto,” o no tiene una autorización, será responsable del precio(carga) completo. Intentaremos verificar ventajas para algunos servicios especializados; sin embargo, permanece responsable de carga a cualquier servicio dado. Los pacientes se animan a ponerse en contacto con sus proyectos para la aclaración de ventajas antes de servicios dados.
- Debe informar la oficina de cambios todo-de seguros y requisitos de la remisión de la autorización. Tal como resultó después la oficina no se informa, será responsable de cualquier gasto negado.
- Para la mayoría de los servicios que se ofrecen en el hospital, se le cobrará su plan de salud. Cualquier saldo es su responsabilidad.
- Hay ciertos procedimientos quirúrgicos electivos que nos requieren pre-pago. Usted será informado de antemano si el procedimiento es uno de esos. En este caso, el pago será por una semana antes de la cirugía.
- Cuentas vencidas son objeto de colección. Todas las tasas incluidas, pero sin limitarse a honorarios de colección, los honorarios de su abogado y los costos de la corte se convertirá en su responsabilidad además de el saldo a pagar esta oficina.
- Hay un cargo por servicio de \$25.00 para los cheques devueltos. Su compañía de seguros no cubre esta cuota

Firma del paciente/Parte responsable: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me han provisto una copia de Allied Ankle & Foot Care Centers, P.C. "Aviso de Prácticas de Privacidad", y que he leído y entiendo el Aviso.

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Parent or Authorized Representative (if applicable)

Firma

Fecha

¿Le gustaría dar Allied Ankle & Foot Care Centers P.C. permiso para hablar sobre su historial médico y/o información financiera a otra persona que usted mismo? Esto puede incluir, pero no se limita a su cónyuge o de otro miembro de la familia que necesite hacer preguntas sobre su cuenta. Enumere los nombres y la relación siguiente.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMUNICACION ELECTRONICA

Allied Ankle & Foot Care Centers, PC puede ofrecer a nuestros pacientes la oportunidad de comunicarse por el correo electrónico. Esta forma proporciona la información sobre los riesgos de correo electrónico, pautas para la comunicación por correo electrónico, y cómo usaremos la comunicación por correo electrónico. También será usado para documentar su consentimiento para nosotros de comunicarse con usted por el correo electrónico.

RIESGOS

La comunicación por el correo electrónico tiene varios riesgos que incluyen, pero no se limitan con, lo siguiente:

- o correo electrónico se puede poner en circulación, expedirse y almacenarse en archivos de papel y electrónicos.
- o las Copias de seguridad del correo electrónico puede existir hasta después del remitente o el recipiente ha suprimido su/su copia.
- o correo electrónico puede ser recibido por recipientes involuntarios.
- o correo electrónico se puede interceptar, cambiarse, expedirse o usarse sin autorización o descubrimiento.
- o remitentes del correo electrónico puede escribir a máquina fácilmente en la dirección de correo electrónico incorrecta.
- o correo electrónico puede ser usado para introducir virus en sistemas de ordenadores.

CÓMO VAMOS A UTILIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO

- 1) Nos vamos a limitar correspondencia por correo electrónico a los pacientes que son los adultos de 18 años o más, o los representantes legales de los pacientes.
- 2) Vamos a usar el correo electrónico para comunicarse con usted acerca de no sensibles y no de cuestiones urgentes, tales como:

- o preguntas acerca de las recetas, el uso de equipos médicos o dispositivos, etc.
- o seguimiento de rutina preguntas
- o programación de Cita
- o Facturación de preguntas

- 1) Todos los correos electrónicos a o de usted se harán una parte de su registro médico. Tendrá el mismo derecho del acceso a tales correos electrónicos que hace al resto de su archivo médico.
- 2) Sus mensajes de correo electrónico se pueden expedir a otro empleado de la oficina si es necesario para el manejo apropiado.
- 3) No revelaremos sus correos electrónicos a investigadores u otros a menos que no permitido por ley del Estado(derecho público) o ley federal. Por favor refiérase a nuestro Aviso de Prácticas de Intimididad para la información en cuanto a usos permitidos de su información de salud y sus derechos en cuanto a asuntos de intimidad.

EN UNA EMERGENCIA MÉDICA, NO UTILICE EL CORREO ELECTRÓNICO...

LLAME AL 911. Además, no utilizar correo electrónico para problemas urgentes. Si tienes un problema urgente, llame a nuestro Departamento de servicios al 770-255-0434 o ir a un centro de atención de urgencia.

DIRECTRICES PARA LA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

- 1) Incluyen el tema general del mensaje en la línea de "asunto" de su correo electrónico. Por ejemplo, "asesoramiento," "receta", "cita" o "cuestión de facturación".
- 2) El mensaje de correo electrónico no debe ser sensible al tiempo. Al intentar responder a mensajes de correo electrónico todos los días, puede tomar hasta tres 3 días de trabajo para responder a su mensaje. Mensajes urgentes o necesidades deben ser enviadas a nosotros mediante comunicación telefónica regular.

- 3) Incluir su nombre y número de teléfono en el cuerpo del mensaje.
- 4) Revisar el mensaje para asegurarse de que está claro y que toda la información relevante se incluye antes de enviar.
- 5) Envíenos un e-mail confirmando la recepción de nuestro mensaje después de que usted haya recibido y leer un mensaje de correo electrónico de nosotros.
- 6) Si su correo electrónico requiere una respuesta de nosotros, y que no han oído hablar de nosotros dentro de un

plazo de tres (3) días hábiles, llame a nuestra oficina a seguimiento para determinar si hemos recibido su correo electrónico.

- 7) Tome las precauciones necesarias para proteger la confidencialidad del correo electrónico, tales como la conservación la contraseña del ordenador y uso de protectores de pantalla.
- 8) Nos informa de cambios en su dirección de correo electrónico.

tenga derecho.

He leído y entiendo esta forma. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas se han contestado a mi satisfacción. Entiendo y estoy de acuerdo con la información contenida en esta forma y proporcionando mi dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento para comunicaciones por correo electrónico a y de Allied Ankle & Foot Care, PC.

CONSENTIMIENTO EN ELECTRÓNICA (CORREO ELECTRÓNICO) COMUNICACIÓN:

Puedo querer comunicarme con Allied Ankle & Foot Care Centers, PC por el correo electrónico. Entiendo los riesgos de comunicarme por el correo electrónico, en particular los riesgos de intimidad explicados en esta forma. Entiendo que Allied Ankle & Foot Care Centers, PC no puede garantizar la seguridad y la confidencialidad de la comunicación por correo electrónico Allied Ankle & Foot Care Centers, PC no será responsable de mensajes que no se reciben o se entregan debido al fracaso técnico, o para la revelación de la información confidencial a menos que no causado por la mala conducta intencional.

Entiendo que también me puedo comunicar con Allied Ankle & Foot Care Centers, PC por teléfono o durante una cita prevista, y que el correo electrónico no es un sustituto del cuidado que se puede proporcionar durante una visita de la oficina. Las citas se deberían hacer hablar de cualquier nueva cuestión o cualquier información médica sensible.

Entiendo que o Allied Ankle & Foot Care Centers, PC puedo dejar de usar el correo electrónico como unos medios de comunicación en cualquier momento, según la notificación por escrito.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por tan aconsejador Allied Ankle & Foot Care, PC por escrito. Mi revocación del consentimiento no afectará mi capacidad de obtener la futura asistencia médica tampoco causará la pérdida de cualquier ventaja a la cual por otra parte

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Paciente (o Garante) Firma

Fecha

Correo Electrónico

