

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: ___/___/___

PACIENTE: _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: ___ SEXO: M/ F

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD/ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CASA #: (____) ____ - ____ TRABAJO #: (____) ____ - ____ CELULAR #: (____) ____ - ____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿USTED TIENE UN GUARDIÁN LEGAL O UN PODER NOTARIAL DE SALUD? SI /NO

SI, NOMBRE: _____ RELACIÓN A USTED: _____ TELÉFONO #: (____) ____ - ____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN A USTED: _____ TELÉFONO # (____) ____ - ____

DOCTOR PRIMARIO: _____ TELÉFONO #: _____

FARMACIA: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO #: (____) ____ - ____

¿TIENE UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON LA CUAL USTED DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

____ SI NOMBRE(S) _____

____ NO

¿QUIEN SERA RESPONSABLE POR EL PAGO DE HOY? _____ RELACIÓN AL PACIENTE? _____

¿QUIEN NOS RECOMENDÓ?

HISTORIAL SOCIAL: ¿EL PACIENTE ES MENOR DE 18 Años? SI NO, SI SU RESPUESTA FUE SI, EL MENOR VIVE CON:

MAMA Y PAPA SOLO CON PAPA SOLO CON MAMA CON UN GUARDIÁN LEGAL? ESCRIBA EL NOMBRE DEL

GUARDIAN: _____ RELACIÓN CON EL MENOR DE EDAD: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A SEPARADO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A

USO DE ALCOHOL: NUNCA YA NO TOMA HISTORIAL DE ABUSO A ALCOHOL

USO ACTUAL DE BEBIDA ALCOHÓLICA _____ RARO OCASIONAL MODERADO DIARIO

USO DE TABACO: NUNCA DEJO DE USAR - HACE CUÁNTO TIEMPO? _____ FUMA ____ ¿CUÁNTOS PAQUETES AL DÍA?

¿USO RECREACIONAL DE DRUGAS?: NUNCA DEJO DE USAR- ¿HACE CUÁNTO TIEMPO? _____

TIPO DE DROGA: _____

USO ACTUAL - TIPO _____ RARO OCASIONAL MODERADO DIARIO

HISTORIAL FAMILIAR

TIENE HISTORIAL FAMILIAR DE: DIABETES: TIPO 1 o TIPO 2 CÁNCER CARDIOPATÍA

PRESIÓN ALTA DERRAME CEREBRAL/ CARRERA ENFERMEDAD DE LA ARTERIA CORONARIA TIROIDES

ARTRITIS REUMATOIDE

OTRO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

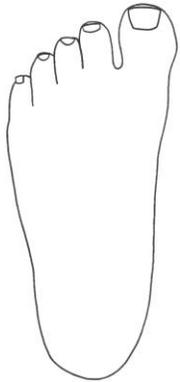
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/_____

PROBLEMA ACTUAL

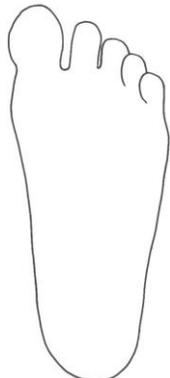
¿QUÉ PROBLEMA EN ESPECÍFICO LO TRAE A LA OFICINA EL DÍA DE HOY?

DONDE ES EL DOLOR/PROBLEMA LOCALIZADO? INDIQUE EN LAS IMÁGENES DE ABAJO.

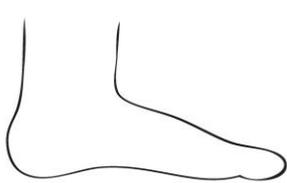
PIE IZQUIERDO



ARRIBA DEL PIE



ABAJO DEL PIE

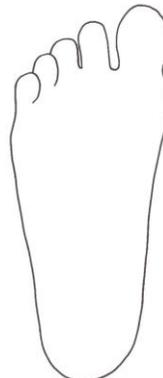


A UN LADO DEL PIE

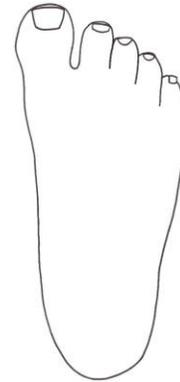


AFUERA DEL PIE

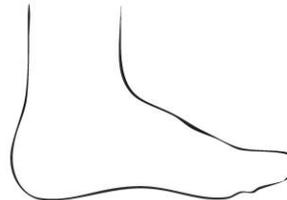
PIE DERECHO



ABAJO DEL PIE



ARRIBA DEL PIE



AFUERA DEL PIE



A UN LADO DEL PIE

¿HACE CUANTO TIEMPO QUE COMENZO EL PROBLEMA? _____ DÍAS / SEMANAS / MESES / Años

SU DOLOR/PROBLEMA: COMENZO DE REPENTE GRADUALMENTE COMENZO

¿COMO DESCRIBIRÍA SU DOLOR? NO DOLOR DOLOR AGUDO DOLOR SORDO DOLOROSO QUEMAZÓN
 RADIANTE COMEZÓN PUNZANTE OTRO _____

¿COMO CALIFICARÍAS EL DOLOR DE 0 A 10? (CIRCULE UNO)

(NO DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (DOLOR MÁS FUERTE)

DESDE EL TIEMPO QUE SU DOLOR O PROBLEMA EMPEZÓ, HA CAMBIADO: SIGUE IGUAL EMPEORO ESTA MEJOR

¿QUE HACE QUE SU DOLOR O SU PROBLEMA SE SIENTA PEOR? CAMINAR ESTANDO INMÓVIL ACTIVIDADES DIARIAS
 DESCANSANDO ZAPATOS DE VESTIR ZAPATOS ALTOS ZAPATOS BAJOS CUALQUIER ZAPATO CERRADO
 CORRER OTRO _____

¿QUE HACE QUE SU DOLOR O PROBLEMA SE SIENTA MEJOR? _____

¿QUE TRATAMIENTOS HA TENIDO O USADO PARA SU DOLOR O PROBLEMA? _____

¿COMO ESTE PROBLEMA HA AFECTADO SU MANERA DE VIDA O HABILIDAD PARA TRABAJAR?

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Patient Financial Policy

Your understanding of our financial policies is an essential element of your care and treatment. If you have any questions, please discuss them with our front office staff or supervisor.

- As our patient, you are responsible for all authorizations/referrals needed to seek treatment in this office.
- Unless other arrangements have been made in advance by you, or your health insurance carrier, payment for office services are due at the time of service. We will accept VISA, MasterCard, Discover, American Express, cash or check.
- Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. As a courtesy, we will file your insurance claim for you if you assign the benefits to the doctor. In other words, you agree to have your insurance company pay the doctor directly. If your insurance company does not pay the practice within a reasonable period, we will have to look to you for payment.
- We have made prior arrangements with certain insurers and other health plans to accept an assignment of benefits. We will bill those plans with which we have an agreement and will only require you to pay the co-pay/co-insurance/deductible.
- If you have insurance coverage with a plan with which we do not have a prior agreement, we will prepare and send the claim for you on an unassigned basis. This means your insurer will send the payment directly to you. Therefore, all charges for your care and treatment are due at the time of service.
- All health plans are not the same and do not cover the same services. In the event your health plan determines a service to be "not covered," or you do not have an authorization, you will be responsible for the complete charge. We will attempt to verify benefits for some specialized services or referrals; however, you remain responsible for charges to any service rendered. Patients are encouraged to contact their plans for clarification of benefits prior to services rendered.
- You must inform the office of all-insurance changes and authorization/referral requirements. In the event the office is not informed, you will be responsible for any charges denied.
- For most services provided in the hospital, we will bill your health plan. Any balance due is your responsibility.
- There are certain elective surgical procedures for which we require pre-payment. You will be informed in advance if your procedure is one of those. In that event, payment will be due one week prior to the surgery.
- Past due accounts are subject to collection proceedings. All costs incurred including, but not limited to, collection fees, attorney fees and court fees shall be your responsibility in addition to the balance due this office.
- There is a service fee of \$30.00 for all returned checks. Your insurance company does not cover this fee.

Signature of Patient/Responsible Party: _____

Printed Name of Patient/Responsible Party _____ Date: _____

_____ Patient initials to indicate copy received.