



## Información del paciente

Nombre (Primero) \_\_\_\_\_ (Medio) \_\_\_\_\_ (Ultimo) \_\_\_\_\_  
SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
Dirección postal \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Idioma preferido \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Doctor de atención primaria \_\_\_\_\_  
Farmacia preferida \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE DE BILL (si no es el paciente o si el paciente es menor de edad)

Nombre (Primero) \_\_\_\_\_ (Medio) \_\_\_\_\_ (Ultimo) \_\_\_\_\_  
SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
Dirección postal \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA DE EL SEGURO

Seguro Primario \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Numero de ID \_\_\_\_\_ Numero de group \_\_\_\_\_  
Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Numero de ID \_\_\_\_\_ Numero de grupo \_\_\_\_\_  
¿Es esta visita debido a: **accidente laboral** **accidente automovilístico** Fecha de lesión \_\_\_\_\_  
reclamación # \_\_\_\_\_ compañía de seguros \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

nombre \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Certifico que la información médica proporcionada es verdadera y correcta segun mi leal saber y entender. Doy permiso al médico para administrar y realizar los procedimientos que puedan considerarse necesarios en el diagnóstico y/o tratamiento de mi condición.

Si tengo (o mi dependiente tiene) cobertura de seguro que asigno directamente a McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC, todos los beneficios de seguro o beneficios de Medicare por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea pagados por seguro o no. Por lo presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma del paciente / representante \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_



## Historia clínica del paciente

Nombre (Primero) \_\_\_\_\_ (Medio) \_\_\_\_\_ (Ultimo) \_\_\_\_\_

Altura actual \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Tamaño del zapato \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales \_\_\_\_\_

**Alergias** a los medicamentos \_\_\_\_\_

Otras alergias \_\_\_\_\_ látex \_\_\_\_\_ cinta \_\_\_\_\_ Betadina (yodo) \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE ESTA VISITA** \_\_\_\_\_ **Califique tu nivel de dolor 1-10** \_\_\_\_\_

Describe su problema de pie/tobillo \_\_\_\_\_

Derecho o Izquierda ¿Cuánto tiempo te ha estado molestando? Días \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

Problemas pasados de los pies y los tobillos \_\_\_\_\_

|             |                  |                 |                                |                  |
|-------------|------------------|-----------------|--------------------------------|------------------|
| Juanetes    | Pies planos      | gota            | Neuromas                       | Fascitis plantar |
| circulación | Úlcera en el pie | Martillos       | Neuropatía periférica          | Verrugas         |
| Callos      | ganglios         | Uñas encarnadas | Enfermedad vascular periférica |                  |

**Procedimientos de cirugías pasados** en los pies o tobillos \_\_\_\_\_

Otras cirugías importantes: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

¿Tienes diabetes?? Sí No Tipo 1 Tipo 2 gestacional Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Circular cualquiera que hayas tenido: \_\_\_\_\_ último A1C? \_\_\_\_\_

|                        |                              |                   |                     |
|------------------------|------------------------------|-------------------|---------------------|
| anemia                 | Dificultad auditiva          | Afección pulmonar | Úlceras estomacales |
| artritis               | Presión arterial alta        | marcapasos        | tuberculosis        |
| asma                   | Implante de válvula cardíaca | Fiebre reumática  | tiroides            |
| Infecciones frecuentes | Colesterol alto              | Golpe             | Problemas de visión |

Problemas cardíacos -Explicar: \_\_\_\_\_

Articulaciones artificiales-Dónde: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

Consumo de Tabaco: actual pasado nunca

Tipo \_\_\_\_\_ Número de paquetes por día \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ años

Consumo de Alcohol: actual pasado nunca frecuencia \_\_\_\_\_

Usas marihuana medicinal? actual pasado nunca

## HISTORIA FAMILIAR

Círculo historia relativa de la sangre de:

|                    |                          |                        |                    |
|--------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|
| artritis           | Trastorno hemorrágico    | Diabetes               | enfermedad cardíac |
| Coágulos de sangre | Problemas de circulación | Pies planos / Juanetes | Infarto cerebral   |



## Bienvenido a McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC

Este formulario debería ayudarle a entender claramente nuestra política financiera y las políticas de HIPA A. Si tiene alguna pregunta, no dude en hacer.

- El Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted, puede solicitar una copia.
- Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si así lo elegí) y entender el Aviso.
- Doy mi consentimiento para dar permiso a McMinnville Foot & Ankle Associates para recuperar el historial de recetas de mi farmacia.
- Si no tiene seguro médico o si no se ha cumplido con el deducible de su póliza de seguro, se espera el pago completo el día del servicio. Las opciones de pago son efectivo, cheque, tarjeta y giro postal.
- Los copagos deben pagarse en cada visita por su contrato de seguro y según lo exija la ley.
- Es su responsabilidad conocer su plan de seguro y lo que está cubierto y lo que no.
- Si el pago no se ha realizado durante 60 días, una vez que el saldo se convierte en su responsabilidad, la cuenta puede ser evaluada con una tarifa de retraso de \$5 por mes. Cuentas morosas, más de 120 días serán entregados a una agencia de cobro externa. Se agregará una tarifa de servicio adicional de \$75 al saldo pendiente.
- Para los casos de compensación del trabajador o accidentes automovilísticos, facturaremos el seguro apropiado. Si su reclamo es denegado, usted será responsable del pago completo.
- Si está siendo tratado como parte de una demanda o reclamo por lesiones personales, el pago de la factura sigue siendo su responsabilidad. No podemos facturar a su abogado por los cargos incurridos debido a su lesión personal.
- Al firmar este formulario, usted está dando a McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC autoridad para divulgar cualquier información requerida para completar su reclamo de seguro. La autorización será efectiva hasta que decida revocarla por escrito. Al firmar este formulario, usted entiende esta política y está obligado por ella.
- Al proporcionar un correo electrónico o número de teléfono para recibir mensajes de texto, consiento recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica en el correo electrónico y la dirección de texto de McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC.

### ¿Cómo preferiría que le recordaran las próximas citas:

Llamar o enviar un correo electrónico de texto \_\_\_\_\_

Nombre de impresión \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente / representante \_\_\_\_\_