

REGISTRO DEL PACIENTE -MENOR DE EDAD (Por Favor, Letra De Molde)

Fecha: ____/____/____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente _____ Sexo: M____ F____
Primer Nombre Apellido Medio

Domicilio _____ Apto.# _____

Ciudad _____ Edo _____ C Postal _____ Teléfono de Casa (____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____  tamaño _____

Seguro Social# _____ Correo Electronico: _____

Nombre del padre o guardián legal _____ Celular(____) _____ - _____

Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono (____) _____ - _____

¿Quién lo recomendó? _____

ASEGURANZA #1:

Nombre del Miembro _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Sexo: M____ F____ Relación hacia el paciente _____

Seguro Social # _____ Empleador _____

Ocupación _____ Compañía de Aseguranza _____

ASEGURANZA # 2:

Nombre del Miembro _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Sexo: M____ F____ Relación hacia el paciente _____

Seguro Social # _____ Empleador _____

Ocupación _____ Compañía de Aseguranza _____

Firma del Paciente o persona autorizada. Yo autorizo que la información médica sea entregada para procesar el cobro. También autorizo que los beneficios médicos sean pagados al Médico por su servicio.

Firma del padre o guardián legal _____ Fecha ____/____/____

REGISTRO DEL PACIENTE -MENOR DE EDAD

(Por Favor, Letra De Molde)

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE:

Mis síntomas del pie son _____

_____ ¿Cuándo empezaron los síntomas? _____

Médico de cabecera _____ Fecha de su última consulta _____

Podiatra _____ Fecha de su última consulta _____

Anote cualquier enfermedad que tenga al presente o anterior:

DIABETES _____ EMBOLIA _____ EPILEPSIA _____ PROBLEMAS DE CORAZÓN _____ ASMA _____ VESÍCULA _____

FIEBRE REUMÁTICA _____ CÁNCER _____ SIDA _____ IMPLANTES DE METAL _____ CLAUSTROFOBIA _____

COYUNTURAS ARTIFICIALES/ IMPLANTES _____ PRESIÓN ALTA _____ RIÑONES _____ DIALISIS _____

PROBLEMAS ESTOMACALES _____ (Gastrointestinales, Úlceras)

Otras condiciones médicas no mencionadas arriba: _____

¿Esta Embarazada? Sí _____ No _____ Si usted ha dado a luz recientemente ¿Está dando pecho? Sí _____ No _____

¿Necesita un antibiótico antes de una cirugía? Sí _____ No _____

Cirujías previas: _____

Medicamentos y vitaminas que esta tomando actualmente _____

¿Es ALERGICO a un medicamento? No _____ Sí _____ Por favor note _____

¿Usa productos que contienen TABACCO? No _____ Sí _____ Cantidad diaria _____

¿Toma bebidas ALCOHOLICAS? No _____ Sí _____ Cantidad diaria _____

Yo acepto que la información arriba es correcta a la mejor de mi conocimiento.

Firma del padre o guardian legal _____ Fecha _____/_____/_____

Pre-Existing Inquiry

PATIENT: _____

Your Insurance Plan may have a pre-existing clause that states that any treatment you had for a medical condition prior to obtaining coverage with them will not be covered for that condition. Please fill out the questions, below.

Prior to _____, have you been treated by any other physician for your current medical condition.

Yes

No

If yes, when and by whom were you treated.

Signed

Date

Clausula de condicion medica que pre-exista

Su seguro medico puede tener una clausula en respecto a condiciones que pre-existan. Si usted ha recibido tratamiento para su enfermedad antes de obtener cobertura con ellos, su tratamiento no sera cubierto por esa enfermedad. Porfavor llene las preguntas siguientes.

Antes de _____, ha sido usted tratado por otro medico por su enfermedad presente.

Si

No

Si contesto Si, con quien y cuando recibio tratamiento?

Firma

Fecha

Other Insurance Inquiry

Patient: _____

Are **you** covered by another health plan besides _____
Primary Insurance Name

Yes No

If yes, you will need to provide our office with a copy of your card.

Name of Insurance Company: _____

Address: _____

Name of insured person: _____ Date of Birth: _____

Policy Number: _____ Effective Date: _____

Termination Date: _____ (if applicable)

Patient Signature

Date

Inquesta de Otro Seguro Medico

Tiene **usted** otro plan de seguro medico aparte de _____
Nombre de aseguranza que es primaria

Si No

Si contesto "Si", usted tiene que porporcionar nuestra oficina con una copia de la tarjeta.

Nombre del seguro medico _____

Direccion _____

Nombre de la person asegurada _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de poliza _____ Fecha de empiezo _____

Fecha de terminacion _____ (Si es aplicable)

Firma del Paciente

Fecha

WELCOME TO OUR OFFICE

Welcome to our office. To allow us to serve you better it is important to follow up with your appointment and medical treatments. We will be glad to assist you with your scheduling.

Missing appointments affects your care. Should you miss or cancel 3 treatments, we will regrettably be unable to continue your care. We will provide emergency care for 30 days. We will provide you a list of Doctors in Las Vegas and send a copy of your records to the Doctor you request.

Thank you for your cooperation.

_____/_____/_____
Signature Date

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Bienvenidos a nuestra oficina. Para permitirnos que le sirvamos mejor es importante que usted venga a sus citas y sus tratamientos que el Doctor le ordene. Estamos disponibles en asistirlo en hacer sus citas.

A no asistir a sus citas afecta su tratamiento. Si usted cancela o falta 3 tratamientos, lamentablemente no podemos seguir su cuidado. Nosotros le proveeremos cuidado de emergencia por 30 días. Le haremos disponible una lista de Doctores en Las Vegas y enviaremos copias de su expediente al Doctor que usted escoja.

Gracias por su cooperacion.

_____/_____/_____
Firma Fecha

NEVADA FOOT
4631 E. Charleston Blvd Las Vegas, NV 89104

CONSENTIMIENTO DE LA CONFORMIDAD DE HIPPA

Somos requeridos por la ley a mantener la privacidad de y proporcionar a individuos con la nota de nuestras prácticas legales de deberes y privacidad con respecto a información protegida de salud.

Entiendo que como parte de mi asistencia médica, **Nevada Foot**, origino y mantiene papel y/o registros electrónicos que describen mi historia de salud, los síntomas, el examen, los resultados de el examen, el diagnostico, el tratamiento, y cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como base para planear mi cuidado y tratamiento, como medios de comunicación a los que contribuyen a mi cuidado, una fuente de información para aplicar el diagnóstico, y para un medio por que un pagador de terceros puede verificar que el paciente fue tratado por los servicios facturados.

Yo doy mi consentimiento a **Nevada Foot** para pedir, proporcionar, o hablar de mi información o expediente médico con otros profesionales de salud; como médicos primarios, médicos que refieran, los laboratorios, los fisioterapeutas, los farmacéuticos, y otros profesionales de salud relacionado e involucrados con mi cuidado.

Entiendo que tengo el derecho a la restricción del uso o la revelación de mi información de salud, pero **Nevada Foot** no es requerido a concordar a las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escritura, menos hasta el punto que la organización ya haiga tomado medidas en la dependencia sobre eso. Entiendo también que negarme a firmar este consentimiento o revocando este consentimiento, esta organización puede negar el tratamiento como permitido por la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Doy a las personas siguientes consentimiento para el uso o la revelación de mi información de salud.

Individuo: _____ Relación _____

Individuo: _____ Relación _____

Entiendo que como parte del tratameinto, operaciones de salud, o pago de esta organization, puede ser necesario revelar mi información protegida de la salud a otra entidad, y yo consiento a tal revelación para ser utilizado incluso revelaciones vía fax.

La firma debajo es sólo reconocimiento que he leído con cuidado una copia de la Nota de Políticas de Privacidad de Nevada Foot

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre in escrito: _____

Si no es firmado por el paciente, por favor indique la relación al paciente (Ejemplo: esposo)

La relación: _____

Presenciado por: _____