

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 _____ Código Postal _____ Teléfono de Casa _____

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

Seguro Social# _____ Correo Electrónico: _____

Raza: Indio Am. ____ Asiático ____ Negro/Africano Am. ____ Blanco ____ Isla Pacifico ____ Otra Raza ____ No Contestar ____

Etnicidad: Hispano ____ No-Hispano ____ No contestar ____ **Idioma Principal:** _____

Nombre del padre o guardián legal _____ Celular _____

Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

¿Quién lo recomendó? _____

¿Cuál médico lo refirió? _____

ASEGURANZA #1:

Nombre del Miembro _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: M____F____

Relación hacia el paciente _____ Seguro Social # _____

Empleador _____ Ocupación _____ Aseguranza _____

ASEGURANZA # 2:

Nombre del Miembro _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: M____F____

Relación hacia el paciente _____ Seguro Social # _____

Empleador _____ Ocupación _____ 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 _____

Farmacia (nombre): _____

Dirección of No. Telefónico de la Farmacia: _____

(Si no sabe la dirección, puede usar las dos Calles principales)

Añote cualquier enfermedad que tenga al presente o anterior:

DIABETES___ EMBOLIA___ EPILEPSIA___ PROBLEMAS DE CORAZÓN___ ASMA___ VISCULA___

FIEBRE REUMÁTICA___ CÁNCER___ SIDA___ IMPLANTES DE METAL___ CLAUSTROFOBIA___

COYUNTURAS ARTIFICIALES/ IMPLANTES___ PRESIÓN ALTA___ RIÑONES___ DIALISIS___

PROBLEMAS ESTOMACAL___ (Gastrointestinal,Úlceras) ¿Necesita antibiótico antes de una cirugía? Sí___ No___

Otras condiciones médicas no mencionadas arriba: _____

¿Está Embarazada? Sí___ No___ Si usted ha dado a luz recientemente ¿Está dando pecho? Sí___ No___

Cirugías previas: _____

Medicamentos y vitaminas que está 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 condición médica 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 será cubierto por esa enfermedad. Por favor llene las preguntas siguientes.

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

Si

No

Si contesto Si, con quien y cuando recibió 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

Encuesta 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 proporcionar nuestra oficina con una copia de la tarjeta.

Nombre del seguro medico _____

Direccion _____

Nombre de la persona asegurada _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de póliza _____ Fecha de empiezo _____

Fecha de terminación _____ (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 cooperación.

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 del examen, el diagnóstico, 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 qué 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 tratamiento, operaciones de salud, o pago de esta organización, 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: ____/____/____

Nomé en escrito: _____

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

La relación: _____

Presenciado por: _____

Póliza de formas FMLA/Trabajo/Discapacidad

Inicial

Nuestra oficina le dará **nuestra nota** gratis para su tiempo fuera del trabajo/escuela al terminar su visita. _____

Nuestra oficina le llenara sus formas de la Culinaria: *Loss of time, Extended Eligibility*, y *Culinary Disability*, sin ningún cobro el jueves después de que nuestra oficina las reciba. _____

Si requiere **formas especiales**, como FMLA, discapacidad, fuera del trabajo, etc., que tengan que ser llenadas, se cobrara \$75.00 por las formas, entregadas a la misma vez. **Pago es debido antes de que sus formas sean llenadas.** _____

Cambios o formas adicionales tendrán un cobro de \$75.00 por forma pagado por adelantado. (Sugerencia: es más fácil y menos costoso regresar antes que extender el tiempo.) _____

Nuestra oficina debe de recibir las formas el ***miércoles antes de las 4pm***. Formas recibidas después estarán listas el viernes de la próxima semana. _____

Es su responsabilidad asegurarse que tenemos las fechas correctas que se pondrán en las formas. _____

Si necesita las formas inmediatamente, habrá un cobro de \$125.00 por forma requerido por adelantado. Sus formas estarán listas ese mismo día a las 4pm. _____

Si su trabajo o compañía de discapacidad nos manda formas por fax, usted tendrá que pagar el cobro antes de que se llenen las formas. _____

Usted es responsable de confirmar que nuestra oficina recibió todas las formas enviadas por fax. Asegúrese, que la persona enviando las formas incluya su nombre y fecha de nacimiento. Nuestra oficina no le avisara si recibimos sus formas por fax. _____

Sus formas estarán listas para recoger el viernes después de las 8 am en la oficina: 4631 E. Charleston. _____

Nuestra oficina no manda formas por fax a ningún lugar. _____

Yo he leído y entiendo la póliza de formas FMLA/Trabajo/Discapacidad.

Firma del paciente

Fecha

Aviso Financiero

Por cortesía, nuestra oficina verificara sus beneficios médicos y enviara el reclamo a la aseguranza después de su tratamiento. Es su responsabilidad llamar a su compañía de seguro medico y verificar su cobertura, darle seguimiento a UNO y TODOS sus reclamos pendientes, saber su plan, y saber cuáles beneficios tiene disponibles.

Todos los cobros contraídos son su responsabilidad sin importancia a su cobertura médica, estimados proporcionados por nuestra oficina, beneficios que fueron verificados, o el estatus del reclamo.

Su copago de oficia solo incluye su examen y recetas.

Inicial

Rayos X, inyecciones, plantillas, vendajes y otros procedimientos son servicios adicionales y tienen su propia cobertura por el seguro medico. Por favor pregúntenos si tiene alguna pregunta.

Inicial

Yo entiendo que soy responsable por cualquier servicio que no sea cubierto por mi seguro medico.

Firma

Fecha

Illness/ Injury Details
Detalles de Enfermedad/ Accidente

Please answer the following questions:

Is treatment today for an accident related injury: ☐ Yes ☐ No

1. WHEN did the illness or injury occur? _____
2. WHERE did the illness or injury occur? _____
3. HOW did the illness or injury occur? _____
4. Do you believe that your illness or injury was work related? ☐ Yes ☐ No
 If this is work related, did you report the condition to anyone?
☐ Yes ☐ No
 If yes, to whom? _____ Date: _____
5. Do you expect to receive or have you been provided with Workers Compensation Benefits?
 Yes ☐ No ☐

(Note: Worker's Compensation is not the same of State Disability)

IF THIS VISIT IS RELATED TO AN INJURY CAUSED AT WORK, YOU WILL BE RESPONSIBLE FOR THIS BILL, IF IT HAS NOT BEEN APPROVED BY YOUR CLAIM ADJUSTOR.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

- ¿Su consulta de hoy, está relacionada a un accidente? ☐ Si ☐ No
1. ¿CUANDO ocurrió la enfermedad o accidente? _____
 2. ¿DONDE ocurrió la enfermedad o accidente? _____
 3. ¿COMO ocurrió la enfermedad o accidente? _____
 4. ¿Usted cree que su enfermedad o accidente está relacionado con el trabajo?
☐ Si ☐ No
 ¿Si está relacionada con su trabajo, usted le reporto su condición a alguien?
☐ Si ☐ No
 ¿A quién se lo reporto? _____ Fecha _____
 5. ¿Usted espera recibir o ha recibido beneficios de compensación del trabajador?

(Nota: Compensación del trabajador no es igual que la Incapacidad Estatal)

SI SU VISITA HOY ESTA RELACIONADO CON UN ACCIDENTE DE TRABAJO, USTED SERA RESPONSIBLE POR LA VISITA DE HOY AL MENOS QUE SU AJUSTADOR APROBO LA VISITA

 Patient Name (Nombre de paciente)

 Patient Signature (Firma del paciente)

 Insured Name (Nombre de miembro)

 Date (Fecha)