

## **BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA**

Bienvenidos a nuestra oficina. Para permitarnos 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 su agenda.

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 dias. 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.

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

# REGISTRO DEL PACIENTE

(Por Favor, Letra De Molde)

Página 1

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_  
Primer Nombre                      Apellido                      Medio

Domicilio \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Edo \_\_\_\_\_ C Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Casado(a) \_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  tamaño \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Quién lo recomendó? \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA #1:

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Relación hacia el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Compañía de Aseguranza \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA # 2:

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Relación hacia el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## REGISTRO DEL PACIENTE

(Por Favor, Letra De Molde)

Página 2

### 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 \_\_\_\_ PROBLEMAS DE CORAZÓN \_\_\_\_ EPILEPSIA \_\_\_\_ ASMA \_\_\_\_ CÁNCER \_\_\_\_

PRESIÓN ALTA \_\_\_\_ IMPLANTES DE METAL \_\_\_\_ CLAUSTROFOBIA \_\_\_\_ SIDA \_\_\_\_

EMBOLIA \_\_\_\_ FIEBRE REUMÁTICA \_\_\_\_ COYUNTURAS ARTIFICIALES O IMPLANTES \_\_\_\_

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 alérgico a un medicamento? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Por favor note \_\_\_\_\_

¿Usa productos que contienen Tabaco? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Cantidad diaria \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Cantidad diaria \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_ 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 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

Are **you**, your spouse or children covered by another health plan?

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, su pareja o hijos otro plan de seguro medico

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 applicable)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_