**Apellido**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_ MI\_\_\_\_\_\_

Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Circule Uno*** Genero **(masculino-femenino)** Estado Marital **(soltero/a, casado/a, divorciado/a)**

Raza **(Blanca, Negro, Asiático, Hispano, Indio Americano, Otro)**

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apt/Unidad#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel Casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico­­: **\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Como desea que lo contactemos para sus citas por Texto \_\_\_\_\_ o Llamada telefónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó de nosotros? Referencia Personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_Internet \_\_\_ Páginas amarillas\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_

Si un médico le refirió a nuestra oficina por favor provea el nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Desea tener acceso al portal del paciente en el internet? Si No**

*Se le enviará un correo electrónico con instrucciones para crear una cuenta segura en el internet.*

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

Compañía de Seguro **Primario** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en la Póliza *(si es diferente de su seguro)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Membresía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Provisto por el Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de Seguro **Secondario** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en la Póliza *(si es diferente de su seguro)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Membresía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Provisto por el Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCTOR/A PRIMARIO/A**  **FARMACIA DE PREFERENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ultima visita con su doctor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razones para su visita hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está relacionado con un accidente (circule) SI NO. Si respondió si, fue en (circule una) AUTO o Compensación del Trabajo

En este momento esta sintiendo dolor (circule) Si No, Nivel del dolor (1-10) ¿Dónde tiene el dolor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tamaño de zapato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fuma cigarrillos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Toma Alcohol \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ultima A1c**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si es Diabético cuando fue el último examen de la visión**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre del** **Oculista**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lista de las Medicinas que está tomado. Haga una lista por favor. Si ya tiene una lista péguela aquí.** | **Historial de Cirugías. Haga una lista por favor** | **Alergias a Medicamentos, haga una Lista** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Historial de Vacunas** | **No Known Medication Allergies** |
|  | **Tetano Yes No** | **Fecha: Mes/Año** |
|  |  |  |
|  | **Flu Yes No** | **Fecha: Mes/Año** |
|  |  |  |
|  | **Pulmonia Yes No** | **Fecha: Mes/Año** |
|  |  |  |
|  | **COVID Yes No** | **Fecha: Mes/Año /Tipo** |
|  |  |  |

### historIAL DEL paCIENTE Y familIA

Por favor circule **P** por historial del paciente y **F** por historial de la familia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SIDA/VIH | P F | Diabetis | P F | Enfermedades del Corazón | P F |
| Anemia | P F | Mareos | P F | Hepatitis | P F |
| Artritis | P F | Epilepsia | P F | Alta Presión | P F |
| Asma | P F | Desmayo | P F | Alto Colesterol | P F |
| Pérdida de Sangre | P F | Fibromialgia | P F | Problemas del Riñón | P F |
| Cáncer | P F | Desordenes Gastrointestinales | P F | Neuropatía | P F |
| Dolores en el Pecho | P F | Glaucoma | P F | Venas Varicosas | P F |
| Circulación | P F | Gota | P F | Tuberculosis | P F |

**Tiene Declaración de Voluntad Anticipada SI\_\_\_\_N0\_\_\_\_ Testamento Vital\_\_\_\_ Poder Legal Médico \_\_\_\_\_**

**Fecha de la Declaración de Voluntad Anticipada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA DE PRIVACIDAD**

Reconozco que hice pedido de una copia de “La Notificación de Privacidad y Practicas” de la Clínica Ankle & Foot Associates. He leído y entiendo la información arriba mencionada y me comprometo a cumplir con ella. **INICIALES**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

El propósito de esta visita médica es facilitar el tratamiento de enfermedad, lesión o discapacidad. Los servicios médicos son provistos a través de examinación, pruebas o laboratorio y el uso de procedimientos que ayuden al diagnóstico o tratamiento de la condición médica. Solicito y autorizo que Ankle & Foot Associates me provea los servicios médicos arriba mencionados. Estoy de acuerdo en cooperar y participar totalmente de los procedimientos médicos y cumplir con el plan de cuidado médico y servicios establecidos. **INICIALES** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LA PERSONA RESPONSABLE – Adulto presente que firma el consentimiento de tratamiento del paciente menor de edad o un Poder Legal será necesario**

Relación del Paciente con la Persona Responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt/Unidad#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_ Código Postal\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Tel Casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INICIALES**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POLITICA FINANCIERA**

Los doctores y personal de Ankle & Foot Associates les da la bienvenida a nuestra clínica. Nos esforzamos por proveer un cuidado y servicio médico excelente con la meta de hacer su visita lo más conveniente.

**Al firmar en la parte de abajo usted confirma que ha leído y entendido la política financiera que dice lo siguiente:**

* Es su responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio de teléfono y dirección.

Su cuenta debe estar al día, correspondiendo a todos los pagos de acuerdo con su seguro médico, pagos del seguro, co-pagos y deducibles de acuerdo con la póliza de su seguro que serán **pagados al recibir los servicios médicos.** Puede ser pagado: con efectivo, cheque, tarjetas de crédito Visa, MasterCard, Discover o American Express.

* Si no tiene como pagar su visita su cita puede ser cambiada para otro día.
* Cheques regresados sin fondos recibirán un cargo de $25 y sus futuros pagos serán en dinero efectivo o tarjeta de crédito.
* Habrá un cargo de $25 por llenar y completar los documentos que sean necesarios (ej: discapacidad, FMLA, etc)
* Cualquier balance no pagado por más de 30 días recibirá cargos de 1.5% de interés por mes
* Si su cuenta es entregada a una agencia de colección de deudas, usted será responsable de los gastos incurridos para colectar el balance de la deuda, lo cual puede que incluya una cuota de 35% que es requerida por la agencia de colección, gastos de corte y abogados.
* Si no puede llegar a su cita, por favor notifique con tiempo para poder ofrecer esa cita a otro paciente. Un patrón repetitivo de  **“No presentarse” o cancelaciones de última hora resultará lamentablemente en una evaluación de la cita cancelada o el “no presentarse” a la cita con tarifas por no cumplir con la cita.**

**Cancelaciones de Ultima Hora / No Presentarse a las Citas**

Para evitar las cancelaciones de ultima hora y el no presentarse a la cita, so cobrará las siguientes tarifas.

$30 Visita en la Oficina

$250 por Cirugía

Le pedimos de favor un minimo de 24 horas de notificación para cambiar una cita o cancelarla.

**Pagos**

Co-pagos, Co-seguros, Deducibles y Auto pagos serán hechos en su **TOTALIDAD** al final de los servicios recibidos en su visita médica, a mo ser que se hayan hechos arreglos financieros antes de venir a su cita en la oficina. Aceptamos dinero efectivo, cheques, targetas de crédito y targeta de débito.

**Referidos**

Si usted tiene un seguro que requiere Autirzación o Referido, tiene que ser procesado antes de venir a su cita. Se le pedirá que haga otra cita si sus referidos no esta en la oficina para las 3pm el día anterior de su cita. Como cortesia enviamos una nota a su doctor de cabeza indicandole que se necesita el referido, sin embargo, **es la responsabilidad del paciente** obtener el referido antes de venir a la cita.

Al firmar en la parte de abajo usted confirma que se someterá a nuestra política financiera. Su entendimiento y cumplimiento de nuestra política financiera es muy apreciado. Muchas gracias por apoyar nuestra clínica.

Sinceramente,

Ankle & Foot Associates

David Auguste, DPM

Nombre del Paciente (letra de molde) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del

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

CONSENTIMIENTO PARA TRANSFERIR UN ESPECIMEN BIOLOGICO

La ley de Florida (Sección 817.5655, Estatutos de Florida) prohíbe la venta o transferir el espécimen biológico de una persona del cual se pueda extractar el ADN y que pueda ser extractado a una tercera persona sin consentimiento de la misma.

Durante su cuidado en Ankle & Foot Associates, puede que sea necesario un procedimiento medico en el que se obtenga sangre, tejido o algún tipo de espécimen biológico para análisis. Este análisis **no involucra** la examinación del AND para identificar la presencia de la composición de genes en el cuerpo. Después que se haya concluido el análisis del espécimen no será más necesario conservarlo y será echado al desperdicio médico o transferido a otro servicio médico para el desecho de acuerdo con los requerimientos locales, estatales y federales.

Puede también que el espécimen biológico (como sangre, cabello, fluidos corporales, etc.) de su cuerpo sean depositado en instrumentos médicos, camas, ropa u objetos. Estos instrumentos serán llevados para ser limpiados o desechados por la empresa apropiada.

Al firmar este documento, usted afirma que es su decisión intencional de consentir el transferido de cualquier espécimen biológico colectado o depositado con Ankle & Foot Associates por la empresa apropiada según estipulado arriba. Este consentimiento no autoriza la venta o transferido de espécimen biológico con el propósito de análisis del ADN.

Firma del Paciente

Nombre Impreso

Fecha