



Ladislav Kuchar DPM
Sarah Otero-Quintero DPM

DEMOGRAFÍA:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____ **SEXO:** ____ **ESTADO CIVIL:** M S D W

DIRECCIÓN de CASA _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL :** _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ **CELULAR :** _____ **TRABAJO:** _____

LLAMADA DE CONFIRMACIÓN (círculo) DE VOZ /TEXTO EN INGLÉS /TEXTO EN ESPAÑOL / NO LLAMEN

CORREO ELECTRÓNICO: _____

SITUACIÓN PROFESIONAL(círculo) EMPLEADO/ESTUDIANTE/JUBILADO/DISCAPACITADO/SIN TRABAJO

EMPLEADOR/ESCUELA: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **TEL:** _____

¿TIENE UN TUTOR LEGAL O CARTA de PODER NOTARIAL? SÍ NO NO SE APLICA A MI

NOMBRE: _____ **TEL:** _____ **RELACIÓN:** _____

ASEGURADORA PRINCIPAL:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA PRINCIPAL: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

RELACIÓN: YO PROPIO / CÓNYUGE / HIJO/A / OTRO: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____

IDENTIFICACIÓN #: _____ **GRUPO #:** _____

ASEGURADORA SECUNDARIA:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA PRINCIPAL: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

RELACIÓN: YO PROPIO / CÓNYUGE / HIJO/A / OTRO: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____

IDENTIFICACIÓN #: _____ **GRUPO #:** _____

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios del seguro sean asignados directamente al médico por los servicios realizados. Entiendo que soy financieramente responsable por los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar de la original. Doy mi permiso al Dr. Kuchar / a la Dra. Otero para que proporcione tratamiento médico hoy y durante cualquier visita en el futuro. Autorizo la divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener el pago de las compañías de seguros y para las operaciones de atención médica. En un esfuerzo por proporcionar un mayor nivel de atención médica de calidad, Saguaro Podiatry Associates ha adoptado una gestión de medicamentos consolidada. Lo que esto significa para usted es que, electrónicamente, introducimos sus recetas existentes en nuestro sistema desde los sistemas de farmacia en todo el país a través de nuestro sistema de gestión de la práctica médica. Esto nos permite monitorear las posibles interacciones entre los medicamentos, obtener su historial de alergias, aumentar la precisión, obtener dosis precisas y evitar la duplicación de recetas. Como parte de su privacidad y seguridad de HIPAA, debemos tener su permiso para acceder a estos registros cuando firme este consentimiento para tratarle, usted también está de acuerdo con este método de recolección de datos de sus registros de farmacia.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA



Ladislav Kuchar D.P.M.
Sarah Otero D.P.M.

Términos de Póliza de Pago:

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Su clara comprensión de nuestra póliza de pago es importante para nosotros. Por favor consulte con nosotros si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestros honorarios, póliza de pago, o su responsabilidad de pago. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario demográfico antes de ver al médico. Este es un requisito anual. Es su responsabilidad notificarnos de cualquier cambio de dirección o cobertura de seguro de manera oportuna, el no hacerlo podría resultar en que el saldo total de los servicios prestados se convierta en su obligación financiera. Se aceptan pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Si no se puede hacer el pago en el momento que se va proporcionar el servicio, será necesario hacer arreglos previos con la oficina. En el caso de que no haya realizado ningún pago por los servicios que le hemos brindado y / o haya intentado hacer arreglos para realizar los pagos, consideraremos que su cuenta está en mora. En este caso su cuenta será entregada a un abogado o una agencia de colección de deuda y usted será responsable de todos los cargos y honorarios de abogados que se han incurrido.

Su seguro:

La oficina ha hecho arreglos previos con algunas compañías de seguros y planes de salud para aceptar la asignación de beneficios. Vamos a facturar los planes con los que tengamos un acuerdo y sólo le pediremos que pague el copago, coseguro o deducible autorizado en el momento en que se presten los servicios. Tenemos la obligación contractual con su compañía de seguros de cobrar el copago en el momento de su cita. Si tiene cobertura con un plan de aseguranza con el cual no tenemos un acuerdo contractual, prepararemos y enviaremos el reclamo por usted como cortesía en una base asignada. Por favor, recuerde que su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es en última instancia responsable del pago puntual de su cuenta.

Pago propio: (Sin seguro)

Se espera que todos los pacientes paguen su saldo de manera propia en su totalidad en el momento del servicio, a menos que se hagan hecho otros arreglos con la oficina.

Cancelaciones /Fallar a las Citas:

Le pedimos por favor le permita a la oficina saber si tiene que cancelar o reprogramar una cita por lo menos con **24 horas de anticipación**. Si no nos avisa, se le cobrará un cargo de \$35.00 que no está cubierto por su aseguradora.

Cheques Rechazados:

Saguaro Podiatry Associates, cobra \$35.00 por todos los cheques rechazados.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN AL PACIENTE

HISTORIA MÉDICA

Por favor IMPRIMA la siguiente información. Esto es importante para su tratamiento.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Médico de familia: _____ ¿Quién lo refirió? _____
 Farmacia: _____ Altura: _____ Peso: _____ Talla de zapatos: _____

ALERGIAS Y REACCIONES A MEDICAMENTOS: _____

¿Es esta una lesión relacionada con o se debe a un accidente en el trabajo? Sí ___ No ___

Si respondió "Sí," por favor solicite a la recepcionista un cuestionario sobre lesiones relacionadas con el trabajo.

¿Si usted sufre o ha sido tratado por los siguientes problemas médicos, por favor MARQUE CON UN CÍRCULO EL SÍ O EL NO.

Diabetes	SÍ	NO	Fibromialgia	SÍ	NO	Derrame Cerebral	SÍ	NO
Neuropatía	SÍ	NO	Epilepsia	SÍ	NO	Asma	SÍ	NO
Llagas Abiertas	SÍ	NO	Acidez estomacal/Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (GERD)	SÍ	NO	Enfermedad del Hígado	SÍ	NO
Problemas Oculares	SÍ	NO	Síndrome de las Piernas Inquietas	SÍ	NO	Transfusión de Sangre	SÍ	NO
Presión Arterial Alta	SÍ	NO	Gota	SÍ	NO	Anemia	SÍ	NO
Enfermedad del Corazón	SÍ	NO	Problemas de la Tiroides	SÍ	NO	Sangrado Prolongado	SÍ	NO
Venas Varicosas	SÍ	NO	Colesterol Alto	SÍ	NO	Hepatitis	SÍ	NO
Mala Circulación	SÍ	NO	Enfermedad de los Riñones	SÍ	NO	MRSA	SÍ	NO
Coágulos de Sangre	SÍ	NO	Diálisis	SÍ	NO	VIH/SIDA	SÍ	NO
Artritis	SÍ	NO	Cáncer	SÍ	NO	Depresión/Ansiedad	SÍ	NO
Artritis Reumatoide	SÍ	NO	¿Está embarazada?	SÍ	NO			

Historia Médica Familiar: (Por favor marque el SÍ o el No con un círculo)

DIABETES: SÍ NO ¿QUIÉN? _____ **ARTRITIS REUMATOIDE: SÍ NO ¿QUIÉN** _____

PRESIÓN ARTERIAL ALTA: SÍ NO ¿QUIÉN? _____ **GOTA: SÍ NO ¿QUIÉN** _____

NEUROPATÍA: SÍ NO ¿QUIÉN? _____

¿Ha sufrido más de dos caídas en el último año o una caída con lesiones en el último año? _____

¿Cuánto tiempo está de pie diariamente? _____

¿Dependen otros de usted para su cuidado? _____

¿Fuma? Sí ___ No ___ ¿Si sí fuma, cuántos paquetes de cigarrillos fuma al día? _____ ¿Fumaba anteriormente? _____

¿Bebe alcohol? Sí ___ No ___ ¿Si sí, cuántas bebidas alcohólicas consume al día? _____

¿Hace ejercicio? Sí ___ No ___ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipos de ejercicio _____

¿Ha tenido hospitalizaciones graves? Sí ___ No ___

¿Cuántas y cuándo? _____

¿Alguna vez le han operado de un pie o un tobillo? Sí ___ No ___ En qué pie o tobillo? _____

Tipo de cirugía _____

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que cree que el doctor debería conocer?

Si usted está tomando medicamentos, por favor proporcione una lista de sus medicamentos en una hoja separada.

Firma: _____ Fecha: _____

Si su visita es en relación con el cuidado rutinario de los pies y no tiene otras quejas con respecto a sus pies, puede marcar aquí y no necesita seguir completando el formulario.

Estoy aquí para el cuidado rutinario de los pies SÍ NO

Lista de Problemas

¿Cuál es su queja principal en relación con sus pies?

Es en relación con el pie derecho pie izquierdo ambos pies

¿Ha observado signos de infección? SÍ NO

¿Enrojecimiento? SÍ NO

¿Inflamación? SÍ NO

¿Pus? SÍ NO

Por favor marque el área de dolor/problema en las imágenes a la derecha:



¿Hace cuánto tiempo le ha estado molestando o ha tenido este dolor?

El dolor o el problema: ¿Comenzó de repente? ¿Se desarrolló gradualmente con el tiempo?

Describa su dolor: SIN dolor Agudo Leve Intenso Ardor Radiante

Comezón Punzante Cosquilleo OTRO dolor (por favor describa) _____

Clasifique su dolor del 1 al 10: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El 10 significa el dolor más intenso)

Desde que el problema comenzó: ¿Se mantuvo igual empeoró mejoró?

¿Qué hace que el problema mejore? _____

¿Qué hace que el problema empeore? Caminar Estar de pie Correr Actividades Diarias

¿Qué tratamientos se ha realizado para este problema? _____
