

Patient Demographic Sheet



Spanish

PLEASE PRINT LEGIBLY					
Nombre		Apellido		sexo	casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>
Direccion del hogar		Ciudad/E Estado		codigo postal	
Direccion para correspondencia (si diferente)		Ciudad/E Estado		codigo postal	
fecha de nacimiento	Edad	Seguro Social	Contacto de emergencia y telefono		
Como desea que la oficina se comunice (En orden de perioridad) <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> correo electronico <input type="checkbox"/> Trabajo					
Hogar	Celular	Correo electronico			Trabajo
Nombre de empleo			Eres Veterano? SI NO		
Garante (si paciente es menor)		seguro social del Garnte		Relecion al paciente	
Como supo de Family Podiatry of Central Florida?					
INSURANCE INFORMATION					
Nombre del Seguro primordial			Nombre del Seguro secundario (si applica)		
Nombre del miembro			Nombre del miembro		
fecha de nacimiento del miembro			fecha de nacimiento del miembro		
MEDICAL INFORMATION					
Indique condiciones medicas (alergias, impedimentos, etc.) information adicional, escriba en la parte de atras de la pagina					
Lista de todos los medicamentos que estas tomando.					
*Nombre de la Pharmacia y telefono <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Walgreens <input type="checkbox"/> Walmart <input type="checkbox"/> Target <input type="checkbox"/> Other _____					
Nombre del Doctor de cabesera		Telefono		Su herida fue por medio del trabajo, accidente de auto? SI NO	
Razon de su visita hoy?					

Doy permiso a Family Podiaty of Central Florida para que me examine y me den tratamiento. Doy autorizacion a despachar informaccion de mis records medicos para processar mi reclamo. Y reclamo cualquier pago del seguro y beneficios que me corresponden, que sean pagados directamente a Family Podiatry of Central Florida por los tratamientos que me han dado.

Firma del Paciente (Garante) _____ Fecha _____

[illegible]

Historia de Salud

Por favor circule si actualmente tiene o tiene algún antecedente de la siguiente:

*Artritis	*Flebitis	*Ulceras	*Enfermedad del Riñón / Piedras
*Diabetes	*Neumonía	*Anemia	*Alta Presión Sanguínea
*Cáncer	*Tuberculosis	*Los Pólipos	*Enfermedad de la Vesícula
*Problema de Corazón	*Fiebre de Heno	*Enfermedad del Hígado	*Abuso de Alcohol
*Fiebre Reumática	*Alergias	*Enfermedad de Tiroides	*Enfermedad de la Piel
*HIV/AIDS	*Hepatitis	*Colitis	*Enfermedades Venéreas
*Problemas de Sangre	*Los Coágulos de Sangre	*Gota	*Dolor de Espalda Baja
*Las Heridas de Curación Lenta	*Neuromuscular/ Tejido Blando Conectivo	*Entumecimiento (Hipostesia)	*Pérdida de Peso
*Informaron pie Trauma	*Los Calambres Musculares en pies	*Pies Inflación	*Transfusión de Sangre
*Síndrome de Accidente Cerebro vascular	*Enfermedad Vascular Periférica	*Gastroscopia Ulceraciones	*otro _____

Usted está actualmente experimentado cualquiera de los siguientes:

Los Síntomas Alérgicos o Inmunológicos Fiebre, Dolor de Cabeza, Nauseas, Mareos	Problemas de Sangrado Problemas Respiratorios	Problema de los Ojos o la Visión
Tiroides o Problemas Diabéticos Ojo, Oído, Nariz, Boca, o Garganta Problemas	Los Síntomas Gastrointestinales Los Síntomas GU	Los Problemas Neurológicos Las Dificultades Emocionales o Psiquiátricos

Alergias

Eres alérgico a medicamentos? () Si () No
A cuales? _____

Eres alérgico al Laytex? () Si () No

Eres alérgico a alguna comida? () Si () No
A cuales? _____



Polisa/Cancelacion de su Cita

Tu cita es un tiempo exacto que es reservado para que veas al Medico. Es muy importante que estes a tiempo con tu cita o cancelar 24 horas antes si no puedes venir a tu cita.

Notificacion deja que nuestro consultorio pueda llenar el tiempo con pacientes que puedan venir. Entendemos que cosas pasan en la vida que necesites que tu canceles tu cita y necesitamos que nos deje saber 24 horas antes, si la cita no es cancelada 24 Hrs un cobro de \$25.00 dolares sera aplicado a su cuenta y sera su responsabilidad de pagar ya que su seguro no lo cubre.

Por favor entienda que nuestro objetivo es de dar asistencia a nuestros pacientes y darles el tiempo necesario con su medico, para llegar a este nivel, necesitamos que pacientes nos comuniquen bien para que el medico les de el mejor tratamiento.

Gracias por tu consideracion y entendimiento de nuestras polisas.

Nombre

Fecha



Policía Financiero

Gracias por elegir a The Podiatry Alliance LLC., como su proveedor de pies. La información que se analizan nuestra política y procedimientos.

1. Es su responsabilidad de proporcionar preciso demográfica y seguro medico al tiempo de su cita. Si no tienes seguro medico, tú eres responsable por los cobros de su cita. Una copia será presentada a su pedir.
2. Si, su seguro exigir un referido, es tu responsabilidad de obtener el referido antes de su cita para ver a nuestro Doctor. Si no tienes referido se cita puede ser reprogramada.
3. Es tu responsabilidad que estés seguro que nuestro Doctor esta en tu seguro.
4. Copayments son colectados al tiempo de tu cita. También, co- seguro, dedcibles, o balance de tu cuenta será colectado antes de su cita. Aceptamos cash, cheque, tarjetas crédito / debito. Cheque con post-date NO se aceptados.
5. Nosotros mandamos cuentas a tu seguro medico de parte tula. Explicando que tu esta con *The Podiatry Alliance LLC* y el tiempo de visita.
6. Tu seguro puede que no qubran todo los procedimientos o artículos usados. Y eso cobros serán tú responsabilidad. Y serán colectados a tiempo de tu cita.
7. Tú eres responsable por las cobras y procedimientos obtenidos en nuestra oficina.
8. Cancelando una cita deber ser con 24 horas de anticipación. Cancelación de cirugia deber ser con 2 semanas de anticipación.
9. \$25 de multa si no vienes a tu cita, sin cancelar o dar explicación. \$100 de multa si no vas a cirigaña sin dar expolición porque con 2 semanas.
10. Cheque rebotado son \$30
11. Historia de medico puede ser recibida por mano. Matricula por el estado de Florida y no puede ser más de 5 páginas por fax.
12. Radiografia pueden ser obtenidas una semana antes de cita. \$10 por cada copia de radiografia.
13. Un cobro de \$25 por completar formulas como deseabilidad, trabajo, escuela, segura, papeles legales. Y todo formularios de demoran 5 a 7 días de trabajo.
14. Artículos como muletas, silla de ruedas, zapatos no pueden ser regresados o cambiados.
15. Sobre la puerta coparse de nuestros5 artículos no pueden ser regresados o cambiados.

Firma

Fecha



Consentimiento para enviar Informacion de Salud

Nombre: _____ Telefono: _____

FDN: _____ SSN: XXX-XX-_____

Proposito/Cambio de Informacion:

_____ Cambio de Doctor _____ Expediente Personal _____ Visita de Especialista/continuation de Plan

_____ Segunda Opinion _____ Notas de las visita (incluye notas de Laboratorio, (X-ray) placas, resultado de estudio):

Fecha de comienzo _____ a fecha _____

Documentos Requeridos:

Otro:

=====

_____ ENVIA MIS DOCUMENTOS A:

Doctor (nombre) _____ Tele: _____ Fax: _____

_____ OBTENGA MIS DOCUMENTOS DE OTRA OFICINA:

Doctor (nombre) _____ Tele: _____ Fax: _____

Al firmar esta forma, Pido/autorizo que envíen mi documentos historial como pedi. Al Firmar entiendo que este pedido es efectivo por 90 días.

Firma del Paciente: _____ Fecha _____

Documentos enviado al Dr. Primario/Dr. De cabecera, Dr. Dando segunda opinion –no hay cobro.

\$Costo por pagina: \$1.00 por pagina hasta 25 paginas, \$0.25 por paginas adicionales.



Nombre: _____

F.D.N: _____

Formulario de Liberación del Paciente

Beneficios de Medicare para proveedores, médicos y pacientes

Certifico que la información dada por mí solicitando el pago bajo el Expediente XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a liberar la Administración del Seguro Social de sus intermediarios o llevar cualquier información necesaria para esta o una reclamación relacionada de Medicare. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a liberar la Administración del Seguro Social de sus intermediarios o llevar cualquier información necesaria para esta o una reclamación relacionada de Medicare.

Autorización para tratamiento médico y diagnóstico

Yo, el abajo firmante como paciente o su representante autorizado, autorice a Family Podiatry of Central Florida y/o sus representantes, para tratar la(s) condición(s) que aparecen indicadas por las quejas y conclusiones de admisión. Se me informará de los modos de tratamiento, los riesgos involucrados y la naturaleza de los procedimientos a realizar. No se ha garantizado que mi estado actual se curará

Publicación de Registros Médicos

Divulgación de registros médicos e información médica; Yo, el suscrito, como paciente o su representante autorizado, por la presente autorizo la Family Podiatry y/o sus representantes(s) para divulgar a mi compañía de seguros u otras agencias apropiadas esa información que sea necesaria para validar esta reclamación.

Asignación de Seguros y Responsabilidad Financiera

Asignación de seguros y responsabilidad financiera; Por la presente autorizo el pago a Family Podiatry of Central Florida, por beneficios pagaderos por mí, incluyendo un seguro médico importante. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos durante este programa de tratamiento, ya sea pagados o no por dicho seguro. es mi responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible o cualquier otro saldo no pagado por el seguro en 45 días.

Los Firmantes

el abajo firmante ha leído y comprende las declaraciones anteriores y acepta voluntaria y voluntariamente, ya sea como el paciente o su representante autorizado, liberar a Family Podiatry of Central Florida o a sus empleados de cualquier liability que pueda surgir de esta acción, esté prevista o no en la actualidad.

Yo, _____, recibir una copia de Family Podiatry of Central Florida aviso de prácticas de política de privacidad.

Yo Autorizo la publicación de mi expediente médico a la siguiente(s) persona(s) nombrada(s) a continuación.

X _____, X _____

X _____

Firma del Paciente o Representante Legal

Date