

PATIENT INFORMATION

Dr. Patricia M. Schultz ~ Podiatrist ~ Foot Specialist
8920 Colesville Rd, Silver Spring MD, 20910
Phone: (301) 589-1066 Fax: (301) 589-1810

Today's Date: _____

Patient Name: _____

Last

First

Middle Initial

Address: _____

City

State

Zip

Home: _____ Cell: _____ Email: _____

Notification Preference: _____ SS#: _____

Sex: () Female () Male () Single () Married () Partner () Divorced () Widowed

Date of Birth: _____ Occupation: _____

Employer: _____ Employer's Address: _____

Employer Phone: _____ Financial Responsible Person: _____

Emergency Contact: _____ Relation: _____ Phone: _____

Referred by: _____ Primary Physician: _____

eRX:
Dr. Schultz now sends prescriptions directly to pharmacies as electronic prescriptions (eRX). The pharmacy can be any of your choosing. Please provide your selected pharmacy's information below:

Pharmacy Name: _____ Phone: _____ Address: _____

Primary Insurance

Subscriber: _____

Name of Insured: _____

Insured Date of Birth: _____

Policy No. _____

Group Name/ No. _____

Employer: _____

Relation to Insured: Self Spouse Other

Secondary Insurance

Subscriber: _____

Name of Insured: _____

Insured Date of Birth: _____

Policy No. _____

Group Name/ No. _____

Employer: _____

Relation to Insured: Self Spouse Other

*I hereby authorize Dr. Patricia Schultz to apply for benefits on my behalf for covered services rendered. I request payment from my insurance company to be made to Dr. Patricia Schultz. In the event that my insurance does not pay for my services, or if I am a self-pay patient, I understand and agree that I am responsible for my entire bill. I certify that I have reported my medical or related information for the insurance company to determine my insurance benefits. This authorization may be revoked by either my insurance company or myself at any time, but in any event may be renewed one year after the date of my signature.

Printed Name

Signature of Patient or Guardian

Date

Medical History

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Parkinson's |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Poor Circulation |
| <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valve | <input type="checkbox"/> Pills | <input type="checkbox"/> Hypotension | <input type="checkbox"/> Problems Bleeding |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joint Placement | <input type="checkbox"/> Dialysis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problems Healing |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Digestive Disorder | <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism | <input type="checkbox"/> Problems Scarring |
| <input type="checkbox"/> Blood Clots/ Phlebitis | <input type="checkbox"/> Fever or Chills | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism | <input type="checkbox"/> Radiation Therapy |
| <input type="checkbox"/> Blood Thinners | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Immunosuppression | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusion | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Joint Aches | <input type="checkbox"/> Seizures |
| <input type="checkbox"/> Blurry Vision | <input type="checkbox"/> Gout | <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Sickle Cell |
| <input type="checkbox"/> Breast Cancer | <input type="checkbox"/> Hay Fever | <input type="checkbox"/> Leukemia | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcers |
| <input type="checkbox"/> Broken Bones | <input type="checkbox"/> Headaches | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hearing loss | <input type="checkbox"/> Lymphoma | <input type="checkbox"/> Sciatica |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapy | <input type="checkbox"/> Heart Attack | <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> TB |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain | <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Thyroid Problems |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Muscle Weakness | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Defibrillator | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Nervous Disorders | |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> High Cholesterol | <input type="checkbox"/> Pacemaker | |

- Past Skin Conditions:** Basal Skin Cancer Dry Skin Eczema Melanoma Nail Problems
- Poison Ivy Precancerous moles Psoriasis Scaling Skin cancer Sweating

- Allergies:** Penicillin Iodine Codeine Aspirin Food Latex
- Sinuses Sulpha Sulfites Tape Seasonal Other Local Anesthetics

Medications:

Medication: _____	Dosage: _____
Medication: _____	Dosage: _____
Medication: _____	Dosage: _____
Medication: _____	Dosage: _____
Medication: _____	Dosage: _____
Medication: _____	Dosage: _____

Consent for Disclosure on Protected Health Information:

It is our policy to take every measure to protect the privacy of your health information; however, your protected health information may be used and disclosed in order for us to carry out treatment, payment, or health care operations. For our policies regarding the protection of your health care information, please refer to our Notice of Privacy Practice. It is your right to review the policies prior to signaling this consent. The terms in the Notice of Privacy Practice may with time, be revised, but a current notice will always be available in our office.

It is stated in our Notice of Privacy Practice, you have the right to restrict how we use your protected health information in order to carry out treatment, payment, or health care operations; however, we are not required to agree to these restrictions. If we do agree to these restrictions, the restriction will be binding on the provider.

You have the right to revoke this consent in writing to the extent that we may have already taken action before we received such a request.

*I acknowledge receipt of the Privacy Notice and consent to the disclosure of my health information for the purpose of treatment, payment, and health care operations.

_____	_____	_____
Printed Name	Signature of Patient or Guardian	Date

CANCELLATION AND NO SHOW POLICY

WE UNDERSTAND THAT SITUATIONS ARISE IN WHICH YOU MUST CANCEL YOUR APPOINTMENT. IT IS THEREFORE REQUESTED THAT IF YOU MUST CANCEL YOUR APPOINTMENT YOU MUST PROVIDE MORE THAN 24 HOURS NOTICE. THIS WILL ENABLE FOR ANOTHER PERSON WHO IS WAITING ON AN APPOINTMENT TO BE SCHEDULED IN THAT APPOINTMENT SLOT. WHEN CANCELLATIONS ARE MADE LESS THAN 24 HOURS NOTICE, WE ARE UNABLE TO OFFER THAT SLOT TO OTHER PATIENTS.

OFFICE APPOINTMENTS WHICH ARE CANCELLED WITH LESS THAN **24 HOURS** NOTICE WILL BE SUBJECTED TO A **\$25.00** CANCELLATION FEE.

PATIENTS WHO DO NOT SHOW UP TO THEIR APPOINTMENT WITHOUT A CALL TO CANCEL AN APPOINTMENT WILL BE CONSIDERED AS A **NO SHOW** AND WILL ALSO BE SUBJECT TO THOSE FEES.

THE CANCELLATION AND NO SHOW FEES ARE THE SOLE RESPONSIBILITY OF THE PATIENT AND MUST BE PAID BEFORE THE PATIENTS NEXT APPOINTMENT.

WE UNDERSTAND THAT SPECIAL UNAVOIDABLE CIRCUMSTANCES MAY CAUSE YOU TO CANCEL WITHIN 24 HOURS. FEES FOR THIS INSTANT MAY BE WAIVED. OUR PATRICE FIRMLY BELIEVES THAT GOOD PHYSICIAN/PATIENT RELATIONSHIP IS BASED UPON UNDERSTANDING AND GOOD COMMUNICATION.

PLEASE SIGN THAT YOU HAVE READ AND UNDERSTAND THE CANCELLATION AND NO SHOW POLICY.

Patient name (please print)

D.O.B: _____

Patient signature

Date: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Fecha:

DR. PATRICIA M. SCHULTZ, PODIATRA

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo	Sexo: Masculino Feminino	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección		Ciudad, Estado, Zip		Teléfono de la Casa:		Teléfono del Trabajo
Número de Seguro Social		Ocupación		Nombre del Patrón		
Dirección del Patrón		Ciudad, Estado, Zip		Teléfono del Patrón		Cuánto tiempo Está empleado
Nombre del Esposo/a o del Padre		Patrón de Spouse/Parent		Ocupación		Teléfono del Trabajo
Persona Responsable Por Esta Cuesta:		Relación y Fecha de Nacimiento (Requerida por Seguro)		Teléfono de la casa		Teléfono del Trabajo
Persona o a notificar en Caso de Emergencia				Teléfono		Relación
Referido Por: Doctor Amigo Médico Otros HMO Centro Católico Español					Número de Referido del HMO	
Nombre:						

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía De Seguros	Número de identificación		Nombre del Asegurado			
Segunda Compañía De Seguros	Número de Identificación	Número o Nombre de Grupo	Nombre del Asegurado		Relación	

NO PODEMOS FACTURAR SU COMMUNDE SEGUNOS SIN ESTAS FIRMAS:
AUTORIZACIÓN DEL A SEGURADO PARA LA ASIGNACIÓN DE PAGOS Y DE INFORMACIÓN:

Yo, el infrascrito, autorizo el pago por services a Patricia M. Schultz, DPM, por cualquier servicio provisto a mí por el podiatra. Entiendo que soy financieramente responsable no cubierto, por mi contrato. También le autorizo a bevelar mi información a la compañía de seguros referente al tratamiento del consejo del cuidado médico o a las fuentes proporcionar a mí. Esta información será utilizada con el fin de evaluar y de administrar demandas de ventajas. Permito una copia de esta autorización de ser utilizado en lugar del original

Fecha: _____ Firma del Suscriptor o del Beneficiario: _____

MEDICARE - FIRMA DEL CURSO DE LA VIDA EN FICHERO

Solicito que el pago de Seguro de enfermedad autorizado beneficie para ser hecho en la asignación en mi favor a Patricia M. Schultz, DPM para cualquier propósito equipado a mí por el podiatrist. Autorizo cualquier información sostenedor de la información médica sobre mí para release/versión a la administración de las finanzas del cuidado médico y a sus agentes cualquier información necesitada para determinar estas ventajas o las ventajas pagaderas para los servicios relacionados.

Fecha: _____ Firma: _____

Describa su problema o condicion del pie	Cuanto tiempo?	
Nombre y Direccion del Médico Primario (Requerido por el Seguro Medico)	Teléfono	Fecha de la Ultima Visita

AHORA ESTÁ USTED O USTED SE HA TRATADO PARA LA SIGUIENTE CONDICION:

DIABETICO/A ___ : INSULINA ___ PÍLDORAS ___ ALTA PRESION ARTERIAL ___ DERRAME CEREBRAL ___ ATAQUE DEL CORAZÓN ___
 ENFERMEDAD CARDÍACA ___ GOTA ___ DELUENTES DE LA SANGRE ___ LA SANGRE COAGULA ___ ANEMIA ___
 TENDENCIAS SANGRAR ___ SICKLE CELL ___ ENFERMEDAD DEL RIÑÓN ___ DIÁLISIS ___ ENFERMEDAD DEL HIGADO ___ HEPATITIS ___
 ÚLCERAS DEL ESTÓMAGO ___ DESÓRDENES DIGESTIVE ___ CÁNCER ___ QUIMOTERAPIN ___ GLAUCOMA ___ ARTHRITIS ___ LUPUS ___
 HUESOS ROTUS ___ TB ___ HIV/SIDA ___ TRANSFUSIÓN DE SANGRE ___ USO DE DROGAS INTRAVENOSAS ___ MS ___ PARKINSON ___
 SCIATICA ___ DESÓRDENES NERVIOSOS ___ ENFERMEDAD DE TIROIDES ___ MALA CIRCULACIÓN ___ ASMA ___

Medicinas	Alergias a Medicinas y Otra Alergias
-----------	--------------------------------------

TODOS LOS PROBLEMAS DEL PIE Y DEL CUERPO Y DE LA ANESTESIA DE LAS CIRUGÍAS

Yo, el infrascrito, autorizo a la Dr. Patricia M. Schultz a realizar los procedimientos necesarios para el diagnosis y/o el tratamiento no-quirúrgico de mi condición del pie. Puedo solicitar una descripción verbal antes de la firma de modo que el tratamiento pueda proceder.

Fecha: _____ Firma: _____