

Practica: Health One Podiatry

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: H M Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado SS# \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Nombre de Pareja: \_\_\_\_\_  
 Nombre de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero de Telefono #: \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Otro número \_\_\_\_\_  
 Trabajo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Primer Seguro:** \_\_\_\_\_  
**Seguro Informacion:**  
 Nombre de Identificación: \_\_\_\_\_ Relación: Cónyuge Hijo Auto Otro  
 Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Sexo Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Numero de Identificación: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
**Seguro Secundario:**  
 Nombre de Identificación: \_\_\_\_\_ Relación Cónyuge Hijo Auto Otro  
 Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Sexo Hombre Mujer Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Numero de Identificación: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Cómo te enteraste sobre nuestra oficina? Doctor Internet Guia telefonica Familia Amigo  
Otro \_\_\_\_\_

Cual es la razón de su visita? \_\_\_\_\_  
 Desde cuando tiene la molestia? 1 2 3 4 5 6 7 días semanas meses años  
 Qué tratamientos ha intentado? \_\_\_\_\_  
 Cual es su nivel de dolor (1 no tiene dolor y 10 es terrible) \_\_\_\_\_  
 Calidad del dolor es: en llamas siempre sordo agudo punzante hormigueo Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor leer y firme**

La información anterior es correcta y lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y/o el Personal Médico toda las actualizaciones de la información anterior.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Historia y Física

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- Historia Médico:**
- Alcohólico
  - Trastornos de la sangre
  - Prob. Circulación
  - Musculo esquelético
  - Respiración
  - Hígado
  - Apnea del sueño
  - La Gota
  - Alergias
  - Enfermedades del corazón
  - Asma
  - Supo de Corazón
  - Estómago
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Enfermedad mental
  - Enfermedad renal
  - Coagulo de sangre
  - Colesterol alto
  - Presión arterial alta
  - Cáncer
  - Hepatitis
  - Neuropatía
  - Enfermedad de la tiroides
  - Diabetes (tipo 1, tipo 2)
  - Artritis
  - Otro
  - SIDA
  - EVA
- Está embarazada?  Si  No      Estas amamantando?  Si  No       Disores piel  Cebat el hogar

**Antecedentes Quirúrgicos:**  Nada  Apendicetomía  Cesárea  Angioplastia  Derivación  Cataratas  Colectistomía

Alguna vez has tenido algún procedimiento quirúrgico en el pie o el tobillo o anywhere otra parte del cuerpo?  Si  No

En caso afirmativo, bajando por: \_\_\_\_\_

Tienes algunas articulaciones artificiales?  Si (dónde: \_\_\_\_\_)  No Tiene un valve Corazón artificial?  Si  No

## Historia Social

Fuma?  Si  No En caso afirmativo, cuantas cajetillas al día?  1  2  3  4  5 Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Bebe alcohol?  Si, todo los días (5-7 días en el semana)  Si Socialmente  No/ Casi-nunca

Abuso de Sustancias:  Si, yo tengo un problema en este momento. Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Si tuve un problema de abuso de sustancias en el pasado. Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Nunca he tenido un problema de abuso de sustancias

Cual es su trabajo? \_\_\_\_\_ Afecta a la mayoría  de pie o  sentado

Usted hace ejercicio periódicamente?  No hace ejercicio periódicamente  Si hace ejercicio periódicamente

**Historia de Familia:** Hay algún pariente consanguíneo con la siguiente historia clínica (Por favor especifique quien):

- |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                    | _____ | <input type="checkbox"/> Depresión                | _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis                     | _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación | _____ | <input type="checkbox"/> Enfisema                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Coagulo de Sangre            | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                       | _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial Alta    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Las Cataratas                | _____ | <input type="checkbox"/> Neurológica              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación     | _____ | <input type="checkbox"/> Golpes                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro:                        | _____ |   |       |

**Revisión de los Sistemas** (Marque la casilla si actualmente tiene alguno de los síntomas o el checó "Ninguno")

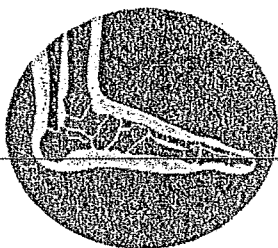
- Cardiovascular**  dolor en las piernas cuando caminar  fiebre  presión de dolor en el pecho  inflamación de las piernas  manos o pies fríos  desmayos  palpaciones  enfermedad vascular  problema en las válvulas  Ninguno
- Genitourinario**  sangre en la orina  vacilación  incontinencia  aumento de la urgencia  disminución de la frecuencia  micción excesiva  enfermedad renal  cálculos renales  Ninguno
- Gastrointestinal**  dolor abdominal  heidez estomacal  sangre en las heces  vómitos  úlceras  estreñimiento  diarrea  dificultad para tragar  apete disminución  aumento del apetito  Ninguno
- Tegumentario**  hongos en los pies  anomalías de las uñas  quemaduras  picazón  piel seca y escamosa  Ninguno
- Hematológica**  úlceras inferior de la pierna  células falciformes  anemia  anticoagulantes  trastornos de la coagulación  Ninguno
- Neurológica**  hormigueo  debilidad  convulsiones  entumecimiento  dolores de cabeza  temblores  parálisis  Ninguno
- Musculo esqueléticas**  dolor de espalda  hinchazón de las articulaciones  debilidad muscular  dolor muscular  dolor de cuello  la clática  rigidez de las articulaciones  dolor en las articulaciones  inestabilidad de la articulación  artritis  Ninguno
- Respiratoria**  dolor en el pecho  sibilancias  COPD  tos  ronquidos  enfisema  Ninguno

## Por Favor Leer y Firma

La información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, soy responsable de notificar al médico y/o el Personal médicos todas las actualizaciones de la información anterior.

Firma: \_\_\_\_\_

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



# Health One

PODIATRY

2808 N. 5th Street Highway  
Reading, PA 19605  
610.921.8800 Phone  
610.929.6942 Fax

## Dr. Patricia Mcilrath, DPM

### Los siguientes Cargos Están Vigentes

Se aplicará una tarifa de \$ 25.00 por cualquier cita que no se presente. Llame para cancelar las citas al menos 24 horas antes de su cita.

Se aplicará un cargo de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto por falta de pago.

Se cobrará una tarifa de \$ 25.00 por completar los formularios de seguro y discapacidad.

Se evaluarán \$ 10.00 si no se recibe el copago al momento del servicio. Por favor traiga su copago por sus visitas.

La tarifa por la transferencia de registros médicos sigue las pautas estatales actuales establecidas en la Ley 26.

Para cualquier cuenta pendiente que requiera la asistencia de una agencia de cobranza, los pacientes serán responsables del cargo por servicio de la agencia de cobranza. Cuando se envía una cuenta a la agencia de cobranza, Health One Podiatry ya no proporcionará atención podológica no emergente al paciente hasta que se realice el pago.

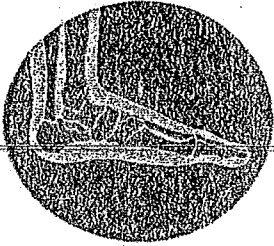
Para los registros de pacientes, le proporcionaremos al paciente una copia de su registro médico de hasta 1 año sin costo alguno. Más allá de 1 año de registro médico, habrá un cargo por página.

---

Firma del paciente

---

Fecha



Health One  
PODIATRY

2808 N. 5th Street Highway  
Reading, PA 19605  
610.921.8800 Phone  
610.929.6942 Fax

Dr. Patricia Mcilrath, DPM

Preferencias de información de privacidad

- ¿Quieres estar exento de cualquier informe público? Sí No  
¿Podemos enviar un correo a la dirección en el archivo? Sí No  
¿Podemos llamar al número de teléfono en el archivo? Sí No  
¿Podemos dejar un mensaje de voz? Sí No  
¿Permitirá recordatorios de entrega por Internet como correo electrónico? Sí No  
¿Con quién podemos dejar mensajes?

\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (Doctor Primario) \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita al médico de cabecera (última fecha que miro doctor)

\_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

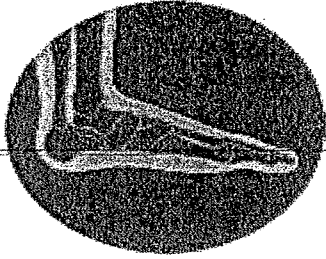
Reconozco que se me proporcionó u ofreció la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído o tuve la oportunidad de leer este aviso si así lo elijo y entiendo

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Padre del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma



# Health One

## PODIATRY

**Dr Patricia Mcilrath DPM**

2808 N. 5th Street Highway  
Reading, Pa 19605  
610.921.8800 Phone  
610,929.6942 Fax

### Aviso de prácticas de privacidad

El Aviso de prácticas de privacidad adjunto contiene una descripción detallada de cómo nuestra oficina protegerá su información de salud, sus derechos como paciente y nuestras prácticas comunes al tratar con información de salud del paciente. Consulte ese aviso para obtener más información.

Usos y divulgaciones de información de salud. Usaremos y divulgaremos su información de salud para tratar o ayudar a otros proveedores de atención médica a tratarlo. También usaremos y divulgaremos su información de salud para obtener el pago de nuestros servicios o para permitir a las compañías de seguros procesar reclamos de seguros por los servicios que le brindamos a nosotros u otros proveedores de atención médica. Finalmente, podemos divulgar su información de salud para ciertas actividades operativas limitadas, tales como evaluación de calidad, licencias, acreditación y capacitación de estudiantes.

Usos y divulgaciones basados en su autorización. Excepto como se indica con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito.

Usos y divulgaciones que no requieren su autorización. En las siguientes circunstancias, divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito:

A miembros de la familia o amigos cercanos que participan en su atención médica;

Para ciertos fines de investigación limitada;

Para fines de salud pública y seguridad;

A agencias gubernamentales para fines de sus auditorías, investigaciones y otras actividades de supervisión;

A las autoridades para prevenir el abuso infantil o la violencia doméstica;

A la FDA para informar los déficits o incidentes de productos;

A las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para proteger la seguridad pública o ayudar a detener a los delincuentes;

Cuando lo exijan las órdenes judiciales, las órdenes de detención, las citaciones y lo que la ley exija

---

Continuación del aviso de prácticas de privacidad

---

Derechos del paciente

Como nuestro paciente, tiene los siguientes derechos:

Para tener acceso y / o una copia de su información de salud;

Para recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud;

Para solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga su información de salud;

Para solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial;

Para solicitar que modifiquemos su información de salud;

Para recibir un aviso de nuestras prácticas de privacidad

Si tiene alguna pregunta, inquietud o queja con respecto a nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la Dra. Patricia McIlrath al 302.545.4569.

RECONOCIMIENTO RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me proporcionó u ofreció la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído o tuve la oportunidad de leer este aviso si así lo elijo y entiendo.

---

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

---

Fecha Firma

R. Notificado:  
B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

**Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)**

**NOTA:** Si Medicare no paga por D. \_\_\_\_\_ a continuación, es posible que tenga que pagar. Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Es posible que Medicare no pague lo que se indica en D. \_\_\_\_\_ a continuación.

D.	E. Razón por la que Medicare no puede pagar:	F. Costo estimado

**LO QUE NECESITA HACER AHORA:**

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
  - Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
  - Elija una opción a continuación sobre si desea recibir la D. \_\_\_\_\_ mencionada anteriormente.
- Nota: Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

**G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.**

- OPCIÓN 1.** Deseo la D. \_\_\_\_\_ mencionada anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también deseo que se le facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Deseo la D. \_\_\_\_\_ mencionada anteriormente, pero no facture a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.
- OPCIÓN 3.** No deseo la D. \_\_\_\_\_ mencionada anteriormente. Entiendo que con esta elección no soy responsable del pago y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

**H. Información adicional:**

Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/ TTY: 1-877-486-2048). Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](http://Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.