

Formulario de inscripcion del paciente



Patient information (please use full legal name, no nicknames, check all that apply)

Nombre _____ IN _____ Apellido _____

Seguro Soc ____ - ____ Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ M ☐ F Apodo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Tel particular: _____ Tel Laboral _____ Celular _____

Tel Principal: _____ E-mail: _____ Mailing Address: _____

Raza (marque uno): ☐ Afroamericano ☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Mas que una raza
☐ Nativo de Hawái ☐ Nativo de Otras Islas del pacifico **Idioma Preferido:** ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____

Origen étnico: ☐ Non-Hispano/Latino ☐ Cubano ☐ Mexicano/Mexicano Americano ☐ Otro ☐ Puerto Ricano

Estado Civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V **Empleo nombre y dirección:** _____

Medico referente _____ Tel _____

Medico Primario si es diferente del referente) _____ Tel _____

Farmacia ☐ CVS ☐ Kroger ☐ Savon ☐ TomThumb ☐ Walgreens ☐ Walmart ☐ Otro _____

(Farmacia locación y teléfono): _____

Asegurado Principal

Relación del paciente: ☐ Si mismo ☐ Esposo ☐ Padre/madre ☐ Otro: _____

Apellido _____ Nombre _____ IN _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Tel: _____ Seg Soc ____ - ____ Fecha de Nacimiento _____

Insurance information (please allow receptionist to photocopy your insurance ID card)

Seguro Principal: _____ ☐ HMO ☐ PPO #: _____ Grupo #: _____

Seguro Secundario: _____ ☐ HMO ☐ PPO #: _____ Grupo #: _____

Pacientes de Medicare/Secure Horizons

¿Es residente de un centro de enfermería especializada? ☐ Si ☐ No Fecha de admisión: _____

Nombre del centro enfermería: _____ Tel: _____

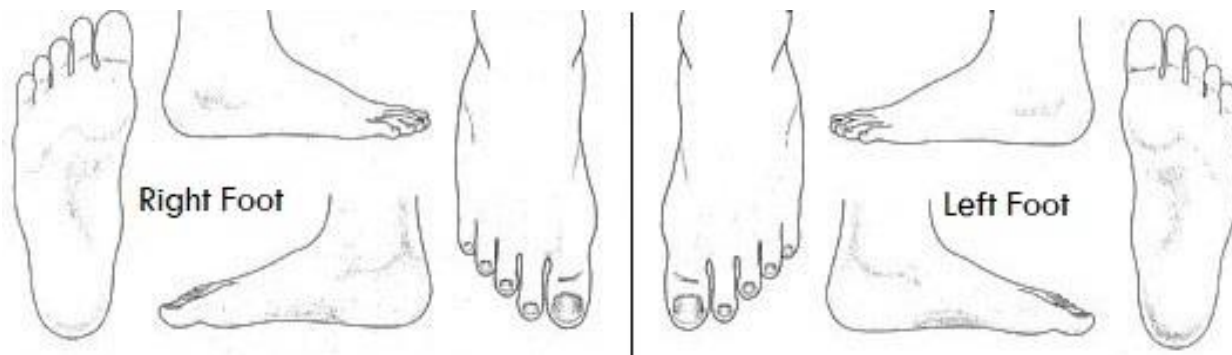
Nombre/Apellido: _____ Fecha Nac.: _____ Fecha: _____

¿La razón por la visita hoy?: ☐ Examen Diabético ☐ Fractura de hueso ☐ Una ☐ Calambres

☐ Dolor ☐ Problema de Piel ☐ Rigidez ☐ Hinchazón ☐ Debilidad ☐ Otro _____

¿Trajo Radiografías? ☐ Si ☐ No

¿Dónde está el problema?:



¿En esta sección, marque la casilla que mejor describa como comenzó su problema? Responde a las preguntas debajo de las.

☐ Sin Lesión—EL inicio fue: (☐ Gradual ☐ De Repente)

¿Por qué crees que empezó? _____

☐ Lesión (☐ Deporte ☐ Accidente—NO Auto ni trabajo)

¿Qué deporte? _____

☐ Lesión en el trabajo Fecha: _____

Describir brevemente: _____

☐ Accidente automovilístico Fecha: _____

Comentarios:

En una escala de 0-10 (10 es el peor), ¿qué tan grave es tu dolor? (circulo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuánto tiempo hace que comenzó? _____ Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años

¿Has tenido un problema como este antes? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es la **calidad** del dolor? ☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Apuñalamiento ☐ Palitante ☐ Dolor ☐ Ardor ☐ Entumecido ☐ Otros

Este dolor es ☐ Constante ☐ Va y viene. **¿Su dolor lo despierta del sueño?** ☐ Y ☐ N

Desde que comenzó mi problema, es: ☐ Mejorando ☐ Empeorando ☐ Sin cambios

¿Qué empeora sus síntomas?? ☐ 1er paso por la mañana ☐ De pie ☐ Caminar ☐ Levantar ☐ Ejercicio ☐ Escaleras ☐ Sentarse ☐ Torcer ☐ Otros

¿Qué mejora sus síntomas? ☐ Descanso ☐ Elevación ☐ Hielo ☐ Calor ☐ Otros _____

¿Qué has hecho para tratar esto? _____

Altura: _____ **Peso:** _____ **Tamaño del zapato** _____

ALERGIAS ¿Tiene alguna ALERGIA a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo, enumere a continuación:

¿Que Medicamento??

REACCION:

Nombre/Apellido: _____ Fecha Nac.: _____

HISTORIAL MÉDICO PASADO:

¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMAS? ☐ Ninguna ☐ Ver lista

MEDICAMENTO	DOSIS	QUE FRECUENCIA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (Enumere las complicaciones, si las hay)

Cirugía/ Año

ANTECEDENTES FAMILIARES: Enumere la relación del miembro de la familia con lo siguiente:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Reacción de la anestesia _____ | ☐ Enfermedad cardíaca _____ | ☐ Diabetes _____ |
| ☐ Enfermedad pulmonar _____ | ☐ Enfermedad renal _____ | ☐ Artritis reumatoide _____ |
| ☐ Trastorno hemorrágico _____ | ☐ Cáncer _____ | ☐ Enfermedad hepática _____ |

Historia Social:

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Vivir solo ☐ Vida asistida ☐ Otros _____

Fumar ☐ Nunca # paquetes por día _____ Cuantos años _____ Cuando lo dejo _____

Otros productos de tabaco: ☐ Nunca Tipo _____

Alcohol: ☐ Nunca ☐ Social ☐ Diario ☐ Frecuentemente

¿Drogas ilícitas ☐ Sí ☐ No Tipo? _____

Ocupación: _____ ☐ Estudiante

HISTORIAL MÉDICO PASADO Y REVISIÓN DE SISTEMAS

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Anemia | ☐ Diabetes _____ | ☐ Intestino irritable | ☐ Erupción cutánea |
| ☐ Ansiedad | ☐ Diarrea | ☐ Síndrome | ☐ Sangrado rectal |
| ☐ Asma | ☐ Visión doble | ☐ Dolor articular | ☐ Artritis reumatoide |
| ☐ Fibrilación auricular | ☐ Eccema | ☐ Hinchazón de las articulaciones | ☐ Ciática |
| ☐ Coágulos de sangre en las venas | ☐ Enfisema | ☐ Enfermedad renal | ☐ Convulsiones |
| ☐ Huesos rotos | ☐ Dolor ocular | ☐ Cálculos renales | ☐ Infección grave |
| ☐ Bronquitis | ☐ Fiebre | ☐ Enfermedad hepática | Dónde _____ |
| ☐ Cáncer | ☐ Fibromialgia | ☐ Lupus | ☐ Dificultad para respirar |
| ☐ Cataratas | ☐ Urinario frecuente | ☐ Pérdida de memoria | ☐ Cáncer de piel |
| ☐ Cambio en la piel | ☐ Infección | ☐ Migraña | ☐ Úlcera estomacal |
| ☐ Dolor torácico | ☐ Cálculos biliares | ☐ Esclerosis múltiple | ☐ Accidente cerebrovascular |
| ☐ Escalofríos | ☐ Glaucoma | ☐ Debilidad muscular | ☐ Enfermedad tiroidea |
| ☐ Dolor de espalda | ☐ Gota | ☐ náuseas/vómitos | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Dolor crónico de cuello | ☐ Ataque al corazón | ☐ Neuropatía | ☐ Ulceración |
| ☐ Pólipos de colon | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Sudores nocturnos | ☐ Pérdida de peso inexplicable |
| ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva | ☐ Valvulopatía cardíaca | ☐ Entumecimiento | ☐ Injertos vasculares |
| ☐ EPOC | ☐ Hemorroides | Hormigueo | ☐ Pérdida de peso |
| ☐ tos con sangre | ☐ Hepatitis | ☐ Osteoporosis | ☐ Sibilancias |
| ☐ COVID | ☐ Hernia | ☐ Neumonía | |
| ☐ Artritis degenerativa | ☐ Presión arterial alta | ☐ Cirugía de tobillo previa | |
| ☐ Depresión | ☐ Colesterol alto | ☐ Cirugía previa del pie | |
| | ☐ Infección por VIH | ☐ Artritis psoriásica | |
| | ☐ Incontinencia | | |

POR FAVOR FIRME: La información es precisa a mi leal saber y entender. _____

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Nombre/Apellido: _____ Fecha Nac.: _____

Autorización para tratamiento médico

Autorizo a los médicos encargados del cuidado de este paciente a administrar cualquier tratamiento que sea necesario o aconsejable en el diagnóstico y tratamiento de este paciente. Esta autorización incluye, entre otros, procedimientos de diagnóstico de rutina, pruebas de laboratorio, terapia de rehabilitación y radiografías. Reconozco que no se han hecho garantías en cuanto a los resultados de mis tratamientos, pruebas o procedimientos. También autorizo que se divulguen copias de los registros médicos a otros médicos y centros de atención médica según lo considere necesario cualquier médico bajo cuyo cuidado esté el paciente.

Asignación de beneficios

Asigno todos los beneficios y autorizo el pago directo de beneficios a Metroplex Foot and Ankle Center, PLLC, todos los beneficios de seguro y/o beneficios de Medicare / Medicaid a los que pueda tener derecho. Esta asignación incluyó específicamente, pero no se limita a, los ingresos y beneficios del seguro médico y de discapacidad mayor. También incluye específicamente los ingresos y beneficios acumulados bajo cualquier acuerdo, estructurado o de otro tipo u otorgado en juicio por lesiones personales causadas por un tercero. Una fotocopia de este encargo será tan válida como el original.

Servicios de Medicare/Medicaid no cubiertos

Medicare/Medicaid tiene ciertos procedimientos ambulatorios que están excluidos de la cobertura, incluidos, entre otros, los de enrutamiento de exámenes de diagnóstico o exámenes físicos de rutina. Si el historial médico del paciente indica que el tratamiento del paciente es uno para el cual no se permiten beneficios de Medicare / Medicaid, entiendo que todos los cargos incurridos durante el tratamiento serán responsabilidad financiera del paciente. Existen otras limitaciones y cargos de los cuales el paciente puede ser responsable; Al paciente se le proporcionará información adicional con respecto a estos cargos y limitaciones en un formulario escrito por separado.

Autorización para divulgar información a la compañía de seguros/tercero pagador

Autorizo a Metroplex Foot and Ankle Center, PLLC y a cualquier médico, terapeuta, practicante, farmacéutico u otra persona, cualquier hospital, incluida la Administración de Veteranos u hospital gubernamental, cualquier organización de servicios médicos, cualquier compañía de seguros o cualquier otra institución u organización a divulgar cualquier información médica sobre el paciente necesaria para determinar cualquier beneficio que pueda pagarse por este tratamiento.

Objetos de valor personales

Metroplex Foot and Ankle Center, PLLC, no será responsable por la pérdida o daño a cualquier propiedad personal.

Consentimiento para la prescripción electrónica y el historial de medicamentos

Autorizo a Metroplex Foot and Ankle Center y sus proveedores a ver mi historial de recetas externas a través del servicio de recetas de Surescripts. Entiendo que el historial de recetas de muchos otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede ser visto por mis proveedores y personal aquí. Puede incluir recetas en el tiempo durante varios años. Entiendo que esto permitirá a mis proveedores coordinar mejor mi historial de atención y medicamentos para maximizar la efectividad y seguridad de mi plan de tratamiento.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior o es el garante/tutor y está debidamente autorizado por o en nombre del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente o garante: _____

Fecha: _____

Nombre del garante (si es diferente del anterior): _____

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Es su responsabilidad proporcionarnos su información de seguro más actualizada.

Si no proporciona información precisa del seguro de manera oportuna, su compañía de seguros puede negar el reclamo. Si el reclamo es denegado, usted será financieramente responsable de los servicios prestados. Debemos enfatizar que, como proveedores médicos, nuestra relación es con usted, el paciente, y no con su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad conocer y comprender el nivel de servicios cubiertos por su compañía de seguros. Podemos aceptar la asignación de seguro después de la verificación de su cobertura. Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios prestados pueden no estar cubiertos en su totalidad por su compañía de seguros.

Usted es financieramente responsable de los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.

Antes de recibir servicios, debe verificar que somos proveedores participantes de su compañía de seguros. En el caso de que no seamos proveedores participantes, presentaremos el reclamo inicial como cortesía. El pago, sin embargo, se debe en su totalidad en el momento del servicio. Cobramos las tarifas habituales y habituales para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y habituales por parte de cualquier compañía de seguros. Los copagos, coseguros y/o deducibles vencen en el momento del servicio. Estimaremos la cantidad que debe en función de la información que recibimos de su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de pagar el monto total determinado por su compañía de seguros una vez que hayan pagado su reclamo, independientemente de nuestra estimación.

Es su responsabilidad proporcionarnos su información de facturación más reciente.

Debe proporcionar su dirección de facturación más reciente, todos los números de teléfono disponibles y cualquier otra información de contacto importante. Si su dirección o información de contacto cambia, es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros con la información actualizada. Le enviaremos un estado de cuenta (a la dirección de facturación que proporcione) notificándole cualquier saldo que pueda adeudar. Si tiene alguna pregunta o disputa la validez de este saldo, es su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina comercial dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta inicial. Puede llamar al (817) 595-1310.

El pago completo se debe realizar al recibir el estado de cuenta.

Los saldos de los pacientes que no se hayan pagado en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha de emisión del estado de cuenta se consideran vencidos. Las cuentas vencidas pueden estar sujetas a un cargo mensual por pago atrasado de \$ 5.00 y / o un cargo de interés mensual del 1.5% y pueden ser referidas a una agencia de cobranza profesional y / o abogado para actividades de cobranza adicionales. Usted será responsable de pagar todos los costos de cobro incurridos, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, si corresponde.

Si no puede pagar el saldo adeudado en su totalidad, debe organizar un cronograma de pagos. Cualquier cargo por pago atrasado en el que ya se haya incurrido sobre saldos vencidos se incluirá en cualquier acuerdo mutuamente acordado. Si no realiza los pagos según lo acordado, su cuenta puede ser referida a una agencia de cobro profesional y / o abogado. Usted será responsable de todos los costos de cobranza incurridos, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, si corresponde.

En el caso de que envíe el pago con cheque y el banco devuelva el cheque no pagado por cualquier motivo, agregaremos \$ 25.00 a su saldo original. Además, podemos buscar todos los recursos legales adicionales que nos proporciona la ley de Texas. Podemos cobrarle una tarifa de "No Show" de \$ 50.00 si no cancela o reprograma su cita al menos 24 horas antes de la fecha de su cita.

Si no mantiene actualizado el saldo de su cuenta, es posible que cancelemos o reprogramemos su cita.

Firma del paciente o garante: _____ Fecha: _____

Nombre del garante (si es diferente del anterior): _____

TARIFAS DE NO PRESENTACIÓN

Entendemos que a veces puede necesitar reprogramar citas. Cuando hagamos su cita, comprenda que estamos reservando tiempo para que vea a un proveedor. Esta cortesía hace posible dar el mejor servicio aquí en Metroplex Foot and Ankle Center. Si necesita reprogramar una cita, llame con al menos 24 horas de anticipación o llame a la clínica lo antes posible. Si no ha presentado su cita, se le cobrará un **\$50 Tarifa de no presentar.**

Después de tres no presentaciones consecutivas a su cita, nuestra práctica puede decidir terminar su relación con usted. Le agradecemos su confianza en nosotros aquí en Metroplex Foot and Ankle Center.

Firma del paciente o garante: _____

Fecha: _____

Tarifas del formulario para pacientes

(Las siguientes tarifas deben pagarse **antes** de la finalización)

FMLA y discapacidad a corto plazo **\$45**

Registros médicos **\$35**

NOTA:

Los formularios pueden tardar hasta 7 días hábiles en completarse, lo que puede verse afectado si su médico está fuera de la oficina.

—Si necesita acelerar (respuesta las 24 horas) cualquier formulario, habrá una tarifa adicional de \$15 por cada formulario. (Los formularios entregados un viernes no se devolverán hasta el siguiente día hábil)

Firma del paciente o garante: _____

Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que Metroplex Foot and Ankle Center, PLLC, se reserva el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad y antes de la implementación publicará una copia en el consultorio médico. Puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad actualizado llamando al consultorio del médico o solicitando una copia en persona en mi cita.

Firma del paciente o garante: _____ Fecha: _____

Nombre del garante (si es diferente del anterior): _____

Los Sigüientes nombres son de personas con las que me gustaría participar o tener acceso a me información de salud protegida de manera rutinaria. Doy permiso para Metroplex Foot and Ankle Center, PLLC. para compartir mi información de salud protegida con:

Nombre _____ Relación: _____

Nombre _____ Relación: _____

Nombre _____ Relación: _____

Contacto de emergencia _____ Numero de teléfono del contacto _____