

REGISTRO DE PACIENTES

Nombre: Apellido, Nombre, Inicial: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Identidad de género si es diferente del sexo: _____

Raza: Indio Americano/nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de HI /otro isleño del Pacífico Blanco Otro

Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Idioma preferido: _____

Número de Seguro _____ Estado Civil: Olerte Casado Viudo Divorciado Pareja de hecho

Social Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Móvil: _____ Email: _____

Frederick Foot and Ankle puede contactar/dejar un mensaje: Teléfono de casa Móvil Email

Empleador _____

Cónyuge/Parental/Guardián: _____ Teléfono: _____

Segundo Parental/Guardián: _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró de nuestra práctica? Marque todo lo que corresponda.

Facebook en línea camión sierra Keys juego Periódico Key 103 99.9 WFRE

Amigo/Familia: _____ Doctor: _____

Información de contacto en caso de emergencia Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Información del seguro Tengo los siguientes seguros (marque todo lo que corresponda).

Medicare Medicaid otro seguro estatal Tricare (cualquiera) Otro Seguro (BCBS, Aetna, Cigna, UHC, etc.)

Compensación al trabajador/Auto Requerimos la información del ajustador y el número de reclamación

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Asignación de beneficios y autorización para divulgar información médica: Entiendo y acepto que el pago de los beneficios autorizados bajo Medicare, Medicaid y/o cualquiera de mis compañías de seguros se realizará a mí o en mi nombre al médico o proveedor de cualquier servicio que me brinde ese médico o proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgarla a Frederick Foot & Ankle (FFA), la Administración de Financiamiento de Atención Médica, el asegurador de la compañía que figura en la lista y/o las personas responsables que figuran en la lista y cualquier información necesaria para determinar mis beneficios. Si mi plan seguro no participa con FFA, o si soy un paciente que paga por cuenta propia, es posible que no se aplique la asignación de beneficios.

Consentimiento para el tratamiento: Como paciente de FFA, doy voluntariamente mi consentimiento para que se me brinde la atención y el tratamiento que los proveedores de FFA, según su juicio clínico, consideren necesario para mi salud y bienestar. Mi consentimiento deberá incluir examen médico, pruebas de diagnóstico, incluidos, entre otros, procedimientos quirúrgicos menores (incluidos suturas, desbridamientos) aplicación/extracción de yesos, administración de inyecciones. Mi consentimiento también incluirá el cumplimiento de las ordenes de mi proveedor tratante por parte del personal de la FFA. Reconozco que los proveedores de FFA no han hecho ninguna garantía o promesa en cuanto a los resultados que se pueden obtener.

Los pacientes de FFA tienen derecho a: Privacidad; ser tratado con dignidad y respeto sin importar la raza, origen nacional, religión, discapacidad física, identidad de género, orientación sexual o fuente de pago; recibir información acerca de sus opciones de atención médica y tratamiento; participar en las decisiones relativas a la atención que recibe; rechazar cualquier tratamiento; acceder a sus registros médicos de acuerdo con las normas HIPAA; información sobre el costo de la atención y de participar en las opciones de tratamiento, independientemente de la cobertura de costo o beneficio.

Los pacientes de FFA tienen la responsabilidad de: Llegar a tiempo a las citas o cancelar con 24 horas de anticipación; cumplir con el plan de tratamiento acordado; ser honesto con su proveedor; respetar los derechos de los demás pacientes, tratar a los proveedores y al personal de FFA con respeto y dignidad; informar cambios de dirección, números de teléfono y seguro; obtener referencias si es necesario. Los pacientes que descuiden sus responsabilidades pueden ser dados de alta práctica después de la notificación de acuerdo con las leyes locales.

Por la presente reconozco que he revisado los Política financiera y Aviso de Prácticas de Privacidad. Acepto los términos de la Política financiera y doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de los proveedores de FFA.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Para ser firmado por los padres o el tutor legal del paciente si éste es menor de edad o no es competente

FORMA DE REGISTRO CLÍNICO

Requerimos que este formulario sea completado para todos los nuevos pacientes y todos los años para los pacientes actuales.

Cual es el motivo principal de su visita hoy? _____

Cuando comenzaron sus síntomas? _____

Tiene una razón secundaria para su visita hoy? Si esta _____

Aquí por lesión, fecha y lugar de la lesión: _____

La lesión está relacionada con: Trabajo Automóvil En caso afirmativo, informe a la recepcionista. Necesitaremos información adicional

Médico de atención primaria: _____ Fecha de la última física: _____

Lista de alergias _____ No tengo alergias

¿Es alérgico al látex?: Sí No Mujeres: ¿Estás embarazada? Sí, _____ Semana No

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

No tengo condiciones médicas

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> La Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Trastornos Hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> La Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculares | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Trastorno Renal | <input type="checkbox"/> Trastorno hepático |
| <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/intestinales | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | |

Lista **pie/tobillo** cirugías: surgeries: _____

Lista otra cirugía: _____

Enumere todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que toma, así como la enfermedad que padece. Si tiene una lista en papel, el recepcionista puede hacer una copia y adjuntarla por usted No tomo ningún medicamento

Medicamentos/Vitamina

Condición/Razón

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Está tomando algún anticoagulante? Sí No ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? Sí No

Cualquier otra condición médica que el médico deba tener en cuenta: _____

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? (marque con un círculo)

<u>Constitucional</u>	<u>Cardiovascular</u>	<u>Musculoesquelético</u>	<u>Dermatológico</u>	<u>Neurológico</u>
Escalofríos	Edema/Hinchazón	dedos de martillo	Callos úlcera	quemaduras en los pies
Fiebre	Pérdida de pelo en las piernas	Artritis Juanete	uña encarnada verruga	entumecimiento de los pies
Náuseas	Calambres en las piernas/pies	Dolor de: espalda	pica en los pies	hormigueo en los pies
Fatiga	Pierna/pies fríos al tacto	tobillo pie rodilla	hongos en las uñas	
Vómitos	Venas varicosas	en los dedos del pie	bultos/grumos en las piernas o en los pies	
Pérdida/Ganancia de peso inexplicable		Movimiento restringido de las articulaciones del pie/tobillo		

Social: ¿Fuma usted? Sí No ¿Cuántos paquetes al día? _____ ¿Ha fumado previamente? Sí No

¿Consumo bebidas alcohólicas? Sí No Con qué frecuencia/cantidad 1 bebida/semana 3 bebidas/semana Diario Excesivo

¿Utiliza drogas recreativas? Sí No Por favor enumere: _____

Historia familiar:

No tengo antecedentes médicos familiares

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de anestesia | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> La Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Cualquier otro historial de salud o información médica pertinente: _____