

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer nombre _____ **Inicial 2^{do} nombre** _____ **Apellido** _____
F. de nac. ____/____/____
Dirección física _____ **Apto.** _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____
Teléfono residencial (____) _____ **trabajo** (____) _____ **móvil** (____) _____
Dirección de correo electrónico _____
Sexo F M **Estado civil** Casado Divorciado Separado Soltero Viudo **1^{er} idioma** Inglés Otro _____
Raza: (elija todas las que correspondan)
 India americana o nativa de Alaska Asiática Hispana Blanca
 Negra o afroamericana Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico Otra _____
Médico de atención primaria _____ **Teléfono** (____) _____
Farmacia _____ **Teléfono de la farmacia** (____) _____
Dirección de la farmacia _____ **Ciudad, Edo.** _____ **Código postal** _____
¿Usted es diabético? Sí No **En caso afirmativo, indique el nombre del médico que le controla la diabetes** _____
Fecha de la última consulta _____
Empleado Tiempo parcial Tiempo completo Jubilado Ninguno **Empleador** _____
Contacto en caso de emergencia _____ **Relación con el paciente** _____
Número de teléfono móvil (____) _____ **Teléfono alternativo** (____) _____

CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS

Médico de atención primaria Otro médico **Nombre del médico** _____ **Nombre del consultorio** _____
Dirección del consultorio _____ **Teléfono del consultorio** (____) _____
 Feria de la Salud Internet (fuente _____) Anuncio (fuente _____)

INFORMACIÓN DEL SEGURO

PRIMARIO	SECUNDARIO
Compañía aseguradora: _____	Compañía aseguradora: _____
Número de identificación del seguro: _____	Número de identificación del seguro: _____
Número de grupo: _____	Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor principal: _____	Nombre del suscriptor principal: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor principal: _____	Fecha de nacimiento del suscriptor principal: _____
Relación con el paciente: _____	Relación con el paciente: _____

Persona financieramente responsable si no es el paciente: Primer nombre _____ **Apellido** _____
Sexo F M **F. de nac.** ____/____/____ **Dirección física** _____
Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____
Teléfono residencial (____) _____ **trabajo** (____) _____ **móvil** (____) _____

Autorización del paciente y asignación de beneficios: Por medio de la presente, autorizo la tramitación de mi seguro médico, ya sea por vía electrónica o manual, por parte de Foot & Ankle Specialists of the Mid-Atlantic, LLC (FASMA) y su empresa gestora, U.S. Foot & Ankle Specialist, LLC (USFAS). Mi firma autoriza el pago de todos los principales suministros médicos o equipos médicos duraderos o beneficios quirúrgicos a los que tengo derecho de las aseguradoras indicadas anteriormente o por medio de la entrega de mis tarjetas de seguro a la oficina para pagar a FASMA por los servicios prestados. Certifico que la información que proporcioné con respecto a mi cobertura de seguro es correcta. Además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluida la información médica, para esta o cualquier otra reclamación relacionada. Concedo el permiso para que se pongan en contacto conmigo por correo electrónico/mensajería de texto según lo permita la Comisión Federal de Comunicaciones (Federal Communications Commission, FCC). Doy mi consentimiento para que se utilice una copia de esta autorización en lugar del documento original. Puedo revocar esta autorización por escrito y en cualquier momento. Reconozco mi obligación financiera por cualquier saldo, coaseguro, deducible y servicios no cubiertos que puedan ser requeridos.

Firma de la parte responsable _____ **Fecha** _____
Relación (si no es el paciente) _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consentimiento para el tratamiento: Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Se me ha informado que si tengo dudas sobre alguna pregunta del formulario, debo pedir ayuda al médico o a un miembro del personal de la oficina. Al firmar a continuación, por medio de la presente autorizo a Foot & Ankle Specialists of the Mid-Atlantic, LLC ("FASMA") a obtener los antecedentes de medicamentos de las farmacias comunitarias o de los administradores de beneficios de farmacia con el propósito de continuar el tratamiento. Doy permiso a FASMA para que administre y realice los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico o tratamiento de mis pies, tobillos y pantorrillas.

Consentimiento para fotografiar/filmar/grabar video: Autorizo a los doctores en medicina podológica (Doctors of Podiatric Medicine, DPM) y asociados o asistentes a fotografiar/filmar/grabar video en el sitio de tratamiento. Los detalles de la fotografía/filmación/grabación de video se me han explicado con palabras que entiendo. Entiendo que las fotos, las películas o los videos son propiedad del médico mencionado anteriormente y que puedo obtener una copia si la solicito por escrito. Acepto y autorizo el uso de las fotos, película o video con fines didácticos, lo que incluye que se muestren a otros pacientes, en los anuncios del podólogo mencionado anteriormente o para colocar mi foto, película o video en su sitio web profesional. *Soy consciente de que mi nombre e identidad no serán revelados.*

Niego el consentimiento para usar mi foto/video/película al escribir mis iniciales aquí:

Firma de la parte responsable _____ Fecha _____

Relación (si no es el paciente) _____

LENE EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL MENOR, EN AUSENCIA DEL PADRE O MADRE/TUTOR

Consentimiento para el tratamiento de un paciente menor de edad en ausencia del padre o madre/tutor: Certifico que soy el padre o madre/tutor legal de _____. Autorizo a _____ para llevar a mi hijo a las consultas con el Dr. _____ y dar mi consentimiento para el examen o tratamiento de mi hijo. Esta autorización es válida hasta que yo la revoque por escrito.

Firma de la parte responsable _____ Fecha _____

Relación (si no es el paciente) _____

POLÍTICA

Bienvenido a Foot & Ankle Specialists of the Mid-Atlantic, LLC (FASMA) y gracias por elegir nuestro consultorio. Nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible. Si tiene seguro médico, queremos ayudarlo a recibir el máximo de los beneficios permitidos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión respecto a nuestra política.

1. Su seguro es un contrato entre usted y la compañía aseguradora. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su plan para alguno o todos los servicios. No podemos garantizar el pago de las reclamaciones que usted haga y que nosotros presentemos. Las presentamos como una cortesía hacia usted, pero su compañía aseguradora no nos dará una garantía de cobertura. Si su compañía aseguradora paga solo una parte de su reclamación o la rechaza, usted o el titular de la póliza deben hacer una consulta a la compañía aseguradora. Los retrasos en el pago o el rechazo de su reclamación por parte de su compañía aseguradora no le eximen de la obligación financiera que ha contraído. Podemos ofrecer un plan de pago para los saldos pendientes de los pacientes. El incumplimiento de un plan de pago acordado y suscrito puede dar como resultado una mayor actividad de cobro. Se cobrará una cuota de \$35.00 por todos los cheques devueltos y pagos de crédito.
2. Participamos en varios planes de seguro médico, incluido Medicare. Todos los pacientes deben pagar su copago, coaseguro, deducibles y cualquier saldo adeudado de todas las consultas, en el momento en que se realicen. Además, los pacientes de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) deben presentar una remisión/autorización válida de sus médicos de atención primaria al registrarse. No todos los planes de salud son iguales y no cubren los mismos servicios. En el caso de que su plan de salud determine que no cumple los requisitos para recibir el servicio o determine que un servicio "no está cubierto" o que usted no tiene autorización, usted será responsable de todos los cargos relacionados con los servicios prestados. Intentaremos verificar los beneficios para algunos servicios especializados; sin embargo, la verificación de los beneficios no es una garantía de pago. Usted sigue siendo responsable de los cargos por cualquier servicio prestado. Se recomienda a los pacientes que se pongan en contacto con su compañía aseguradora para aclarar el tema de los beneficios antes de la prestación de los servicios. En caso de que usted no cumpla sus responsabilidades financieras, el consultorio puede utilizar una agencia de cobros y proporcionará información de salud protegida a esa agencia. Si se recurre a esa agencia, usted será responsable de una tasa de cobro del 35 % basada en el saldo y de cualquier costo adicional relacionado con el cumplimiento del pago de la deuda, incluidos, entre otros, los costos judiciales o los honorarios razonables de abogados en los que se pueda incurrir en el cobro de un saldo pendiente afiliado al cumplimiento de su responsabilidad financiera. Es nuestro procedimiento estándar enviar todas las muestras de patología a un laboratorio que es propiedad y está operado por FASMA. También podemos utilizar otros laboratorios de patología, según sea necesario. **PACIENTES DE MEDICARE** Si Medicare ha proporcionado un reembolso de los servicios prestados y si su seguro complementario no responde en un plazo de 30 días, entonces usted se debe hacer responsable del saldo.
3. A fin de atender su cuenta o cobrar los montos que pueda adeudar, nosotros, FASMA, y nuestros agentes podemos ponernos en contacto con usted por teléfono a través de cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluidos los números de teléfonos móviles, lo que podría dar lugar a cargos para usted. También podemos contactarlo mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos facilite. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o artificiales o el uso de un dispositivo de marcación automática, según sea el caso.
4. Citas perdidas: Se le puede facturar un cargo de \$40.00 por las citas perdidas que no sean canceladas con 24 horas de anticipación.
5. Si cree que su compañía aseguradora ha cometido un error o no ha atendido adecuadamente sus reclamaciones, puede ponerse en contacto con la compañía aseguradora o presentar una queja o apelación ante su estado: para Maryland, póngase en contacto con la Administración de Seguros de Maryland llamando al 410-468-2244 o con la Unidad de Defensa de la Salud del Fiscal General de Maryland llamando al 410-528-1840; para Pensilvania, póngase en contacto con la Oficina de Servicios al Consumidor, Departamento de Seguros de Pensilvania, a través del 1-877-881-6388; para Carolina del Norte, póngase en contacto con la División de Servicios al Consumidor, Departamento de Seguros de Carolina del Norte, a través del 1-855-408-1212; para Virginia, póngase en contacto con la Comisión Estatal de Corporaciones, Oficina de Seguros de Virginia, marcando el 1-877-310-6560; y para el Distrito de Columbia, póngase en contacto con el Departamento de Seguros, Valores y Banca marcando el 202-727-8000.

Firma de la parte responsable _____ Fecha _____

Relación (si no es el paciente) _____

FORMULARIO MÉDICO

Primer nombre _____ Inicial 2^{do} nombre _____ Apellido _____

F. de nac. ____/____/____

Motivo de la consulta _____ DERECHO IZQUIERDO BILATERAL (MARQUE UNO)

¿Desde cuándo tiene este problema? _____ ¿Cuándo ocurre? Mañana Tarde Noche Viene y va Todo el día

TRATAMIENTOS: Enumere los tratamientos anteriores (recetados o remedios caseros):

Edad _____ Estatura _____ Peso _____ Talla de calzado _____

¿Esta consulta está relacionada con un accidente/lesión? S N En caso afirmativo, fecha de la lesión _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: Indique según corresponda: Y (yo) o F (miembro de la familia – parentesco) o A (si son ambos)

Adicción/dependencia al alcohol/ drogas _____ Alzheimer/Demencia _____ Anemia – Tipo _____ Arritmias – Tipo _____ Artritis – Tipo _____ Problemas de sangrado/coagulación – Tipo _____ Cáncer – Tipo _____ Depresión/Trastorno de ansiedad/ Depresión bipolar/Otros _____ Diabetes (desde cuándo) _____ Enfisema/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica _____ Glaucoma _____	Gota _____ Enfermedad por reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Úlceras gastrointestinales _____ Dolores de cabeza/Migrañas _____ Problemas auditivos _____ Enfermedad cardíaca _____ Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática _____ Presión arterial alta _____ Colesterol alto _____ VIH/Sida/Complejo relacionado con sida _____ Enfermedad renal/Riñones – Tipo _____ Enfermedad pulmonar/Embolia pulmonar _____ Enfermedad de Lyme _____ Enfermedad nerviosa – Tipo _____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis/ <input type="checkbox"/> Osteopenia _____ Flebitis/Trombosis venosa profunda (coágulos en las piernas) _____ Embarazo/ <input type="checkbox"/> Actualmente emba- razada, fecha de parto _____ Fiebre reumática/Fiebre escarlata _____ Esquizofrenia _____ ETS (enfermedades de transmisión sexual) _____ Rasgo/enfermedad de células falciformes _____ <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo _____ Tuberculosis _____ Otros, especifique _____ <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores
---	--	--

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS S N En caso afirmativo, enumere las cirugías que ha tenido: _____

HOSPITALIZACIÓN S N En caso afirmativo, enumere: _____

TABACO ¿Fuma o ha fumado? S N En caso afirmativo, ¿por cuántos años? _____ ¿Hace cuánto dejó de fumar? _____

CONSUMO DE ALCOHOL ¿Toma o ha tomado alguna vez bebidas alcohólicas? S N

¿Cuántas bebidas consume al día? _____ ¿A la semana? _____ ¿Hace cuánto tiempo dejó de beber? _____

CONSUMO DE DROGAS RECREATIVAS ¿Consume o ha consumido alguna vez drogas ilícitas/recreativas? S N

En caso afirmativo, ¿cuáles? _____ ¿Hace cuánto tiempo dejó de consumirlas? _____

MEDICAMENTOS Escriba la lista (o adjunte una lista) de los medicamentos que actualmente toma, incluidos los de venta libre, y sus dosis:

ALERGIAS ¿Tiene antecedentes de alergias/reacciones cutáneas/malestar después de la administración de lo siguiente? Si está marcado, indique la reacción.

<input type="checkbox"/> Cinta adhesiva _____	<input type="checkbox"/> Cortisona _____	<input type="checkbox"/> Anestésicos locales _____
<input type="checkbox"/> Anestesia _____	<input type="checkbox"/> Demerol _____	<input type="checkbox"/> Penicilina _____
<input type="checkbox"/> Aspirina _____	<input type="checkbox"/> Alimentos _____	<input type="checkbox"/> Medicamentos con sulfa _____
<input type="checkbox"/> Cafeína _____	<input type="checkbox"/> Yodo _____	<input type="checkbox"/> Otros, indique: _____
<input type="checkbox"/> Codeína _____	<input type="checkbox"/> Látex _____	_____

Firma de la parte responsable _____ Fecha _____

Relación (si no es el paciente) _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Primer nombre _____ Inicial 2^{do} nombre _____ Apellido _____

F. de nac. ____/____/____

Marque cualquiera de los siguientes síntomas que esté experimentando actualmente o haya experimentado recientemente

GENERAL/CONSTITUCIONAL	RENAL/URINARIO/DE VEJIGA	PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Micción frecuente o dolorosa	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Estrés
<input type="checkbox"/> Fiebre	MUSCULOESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Sudoración nocturna	<input type="checkbox"/> Dolor lumbar	ENDOCRINO
<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Dolor en las piernas	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
OJOS	<input type="checkbox"/> Dolor de pies	<input type="checkbox"/> Sudoración nocturna
<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Ganglios inflamados
<input type="checkbox"/> Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Dolor en los huesos	<input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente
<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/> Dolores y molestias musculares generales	¿Cuánto? _____
<input type="checkbox"/> Visión doble o borrosa	<input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente
<input type="checkbox"/> Resequedad	<input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones	¿Cuánto? _____
OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA	<input type="checkbox"/> Rigidez en las articulaciones	HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO (SANGRE)
<input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/> Cambio en la forma de andar	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Dificultad para subir escaleras	<input type="checkbox"/> Coágulos
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente	<input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza en las piernas	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado
<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Los zapatos se desgastan rápidamente	ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Los zapatos se desgastan de forma desigual	<input type="checkbox"/> Problemas para la curación
<input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula	TEGUMENTARIO/PIEL	<input type="checkbox"/> Reacciones a los tintes
<input type="checkbox"/> Sangrado nasal	<input type="checkbox"/> Piel sensible al sol	<input type="checkbox"/> Reacciones a los alimentos
CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> Erupciones	<input type="checkbox"/> Reacciones a medicamentos
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Verrugas en los pies	OTROS/NOTAS
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Lunares/bultos/protuberancias	
<input type="checkbox"/> Piernas o pies hinchados	<input type="checkbox"/> Piel extremadamente seca/agrietada	
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Llagas abiertas en la piel	
RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> Áreas inusuales de decoloración	
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Callos	
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Problemas en las uñas	
GASTROINTESTINAL/ESTOMACAL	<input type="checkbox"/> Pérdida notable de vello en piernas/pies	
<input type="checkbox"/> Heces negras	NEUROLÓGICO	
<input type="checkbox"/> Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	
<input type="checkbox"/> Aumento del estreñimiento	<input type="checkbox"/> Mareos	
<input type="checkbox"/> Diarrea persistente	<input type="checkbox"/> Desmayo o pérdida de conocimiento	
<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo/ardor	
<input type="checkbox"/> Náuseas	¿Dónde? _____	
<input type="checkbox"/> Vómitos	_____	
<input type="checkbox"/> Dolor de estómago		
<input type="checkbox"/> Ictericia		

RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE

El Aviso de prácticas de privacidad contiene una descripción detallada de cómo nuestra oficina protegerá su información de salud, sus derechos como paciente y nuestras prácticas comunes en el manejo de la información de salud del paciente de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA).

Uso y divulgación de la información de salud. Usaremos y divulgaremos su información de salud para brindarle tratamiento o para ayudar a otros proveedores de atención médica a brindarle tratamiento. También usaremos y divulgaremos su información de salud para obtener el pago por nuestros servicios o para que las compañías aseguradoras puedan tramitar las reclamaciones del seguro por los servicios que le hayamos prestado o que le hayan prestado otros proveedores de atención médica. Por último, podemos divulgar su información de salud para determinadas actividades operativas limitadas, como la evaluación de la calidad, la concesión de licencias, la acreditación y la formación de estudiantes.

Uso y divulgación basados en su autorización. Salvo que se indique con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad, no usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito.

Uso y divulgación que no requieren su autorización. En las siguientes circunstancias, podemos divulgar su información de salud sin su autorización por escrito:

- a familiares o amigos cercanos que participan en su atención médica;
- para determinados fines de investigación limitados;
- para fines de salud y seguridad públicas;
- a los organismos gubernamentales para sus auditorías, investigaciones y otras actividades de supervisión;
- a las autoridades gubernamentales para prevenir el maltrato infantil o la violencia doméstica;
- a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para informar de los defectos o incidentes de los productos;
- a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para proteger la seguridad pública o para ayudar a detener a los delincuentes;
- cuando lo exijan las órdenes judiciales, las órdenes de registro, las citaciones y, de alguna otra manera, la ley;
- a una agencia de cobros y se puede proporcionar información de salud protegida a esa agencia en caso de que usted no cumpla sus responsabilidades financieras.

Derechos del paciente. Como nuestro paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- acceder a su información de salud o a una copia;
- recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud;
- solicitar que se restrinja el uso o la divulgación de su información de salud;
- solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial;
- solicitar que modifiquemos su información de salud;
- recibir un aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Si tiene alguna pregunta, inquietud o queja con respecto a nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro Responsable de Privacidad llamado al 301-933-7133 o escribiendo a PrivacyOfficer@footandankle-usa.com.

Yo, _____ (Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal – **F. de nac. del paciente** ___/___/___), confirmo que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído o he tenido la oportunidad de leer, a mi elección, y he comprendido ese aviso. Puedo revocar esta autorización por escrito y en cualquier momento.

Además, autorizo a las siguientes personas a acceder a mi información de salud personal si lo solicitan (incluso dejando un mensaje detallado):

Nombre/Relación: _____

Firma del paciente o representante legal

Fecha