

ID# _____

ADVANCED FOOT CARE

A NUESTROS NUEVOS PACIENTES:

Quisiera personalmente agradecer su preferencia a Advanced Foot Care. Estamos localizados en el 1635 N. Lee Trevino, Ste. C El Paso, TX 79936. Después de ejercer más de 25 años aquí en El Paso, me he dado cuenta que una de las cosas mas difíciles hoy en día son las compañías de seguros médicos. Las compañías de seguros médicos en la actualidad tienen diferentes procesos de cómo o que necesita ser autorizado y verificado y es uno de los retrasos más comunes que tenemos en nuestra oficina.

Para poder atenderles de una manera más oportuna antes de su cita, favor de llenar la información del paciente adjunta en el paquete disponible. Favor de traer con usted el día de su cita este paquete junto con su tarjeta de identificación, su tarjeta de seguro médico, y todos los medicamentos que esté tomando. Puede traer una lista de sus medicamentos incluyendo el nombre de la medicina, la dosis, frecuencia, y la razón por la que está tomando dichos medicamentos.

Algunas pólizas de seguros requieren que su médico de cabecera los refiera o den la orden de autorización para que puedan ser tratados. Es su responsabilidad el proveer esta orden a nuestra oficina. *Si no puede proveernos esta información su seguro médico desafortunadamente no permitirá que nuestra oficina lo pueda recibir hasta que la información de referencia y autorización sean proveidas.*

Favor de asegurarse en traer con usted en el día de su cita cualquier reciente radiografías, tomografías, pruebas de laboratorio, reportes, o cualquier otra información pertinente o artículos que nos puedan asistir en su tratamiento. Favor de llenar y firmar todas las formas, incluyendo la forma de HIPPA, pues esto es un requisito federal que lo protegé para toda revelación acerca de su información de salud.

Gracias por escoger a Advanced Foot Care y bienvenido a nuestra facilidad.

Dr. Gabriel Lazar

ID# _____

Correo electrónico: _____ Fecha de Hoy: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____ FechaDeNacimiento ____/____/____

Edad: ____ años Genero: Masculino Femenino Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Otro

Dirección: _____ P.O. Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Área Postal: _____

Número de la Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

PERSONA RESPONSABLE: Igual que arriba

Nombre: _____ FechaDeNacimiento ____/____/____

Género: Masculino Femenino Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ P.O. Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Área Postal: _____

Número de la Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Como fue referido a nuestra oficina?

Amigo/Familiar Aseguranza Pagina Web Directorio Dr. _____ Otro: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / INFORMACION DE LIBERACION:

Nombre: _____ La Relación: _____ Numero de Teléfono: (____) ____ - _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA MÉDICA

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre de la Seguranza: _____

Mismo paciente Persona Responsable Otro: _____

Nom. De la Persona con la Póliza: _____ FechaDeNacimiento ____/____/____ S.S.#: _____

Numero de Póliza: _____ Grupo: _____ Relación al paciente: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre de la Seguranza: _____

Mismo paciente Persona Responsable Otro: _____

Nom. de la Persona con la Póliza: _____ FechaDeNacimiento: ____/____/____ S.S.#: _____

Numero de Póliza: _____ Grupo: _____ Relación al paciente: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

ID# _____

ADVANCED FOOT CARE

Dr. Gabriel Lazar, DPM

Formas de HIPPA

Yo _____ entiendo que como parte de mi tratamiento médico, Advanced Foot Care originara y mantendrá por parte de papel o electrónico mi historial médico describiendo mi tratamiento, cuidado médico, historial, síntomas, resultados de pruebas, exámenes, diagnósticos, y el plan necesario para mi futuro tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- *Base para planear mi tratamiento y cuidado médico.*
- *Modo de comunicación con todos los proveedores médicos que contribuyen con mi cuidado médico.*
- *Modo de poder aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.*
- *Modo en que una tercera persona verifique que los servicios que se cobraron fueron realmente proporcionados.*
- *Herramientas rutinarias de las operaciones médicas como: Asegurando y revisando la calidad y competencia de los profesionales en medicina.*

Yo entiendo y he recibido un informe de información sobre las prácticas que contiene más completa información sobre los usos y revelaciones. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- *El derecho de revisar los informes antes de firmar cualquier consentimiento.*
- *El derecho de oponerme a usar mi información medica para propósitos directivos.*
- *El derecho de pedir restricciones a como mi información medica se va a usar o revelar para mi tratamiento, pago, u operaciones médicas.*

Yo entiendo que Advanced Foot Care no está requerido a aceptar las restricciones requeridas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en escrito excepto que la organización ya tomo acción de aquí en adelante.

Yo también entiendo que negándome a firmar el consentimiento o cancelarlo la organización puede negarse a tratarme como permitido en la sección 164.506 del código de las regulaciones federales.

Yo también entiendo que Advanced Foot Care tiene el derecho de cambiar sus informes y practicas antes de implementar el acuerdo con la sección 164.520 del código regulatorio federal. Si Advanced Foot Care cambia sus informes, ellos me mandaran una copia a la dirección que les he proporcionado.

Yo deseo tener las siguientes restricciones sobre el uso o revelación de mi condición médica,

Yo entiendo que como parte del tratamiento de esta organización, pago u operaciones médicas, serán reveladas a otros médicos o instituciones médicas profesionales. Yo doy mi consentimiento que esto se permita para el uso de mi historial médico ya sea mandado por fax o e-mail.

Yo completamente entiendo y acepto los términos de este consentimiento.

Firma del Paciente

Fecha

Recibido Por: _____ en _____

ID# _____

ADVANCED FOOT CARE

Dr. Gabriel Lazar, DPM

Póliza Financiera del Paciente

Su entendimiento de nuestra póliza financiera es un elemento esencial en su tratamiento y curación. Si usted tiene alguna pregunta, por favor hágasela saber al personal enfrente en la oficina o manejadora.

- Como nuestro paciente usted es responsable por todas las autorizaciones o referencias necesarias para recibir tratamiento en Advanced Foot Care.
- A menos que arreglos financieros hayan sido hechos por usted o su compañía financiera antes de su visita, todos los servicios tendrán que ser pagados el día de la visita. Aceptamos **VISA, Master Card, Efectivo, o Cheques**.
- Su póliza de seguro medico es un contrato entre usted y su compañía de seguro medico. Como cortesía, nosotros mandaremos el reclamo de su seguro medico por usted si usted le asigna los beneficios al Dr. Gabriel Lazar. En otras palabras, usted acepta que su compañía de seguro médico le pague al Dr. Gabriel Lazar directamente. Si su compañía de seguro no le paga a la oficina entre un tiempo razonable, usted será quien tenga que pagar los servicios.
- Nosotros hemos hecho arreglos anteriores con unas compañías de seguros y otros planes médicos para aceptar los beneficios asignados. Nosotros le cobraremos a los planes con quien tenemos arreglos ya hechos y usted será responsable solamente por el co-pago/co-aseguranza/deducible al tiempo de la visita.
- Si usted tiene beneficios con una compañía de seguros que nosotros no tenemos arreglos ya establecidos, nosotros prepararemos y mandaremos el reclamo por usted bajo base no asignada. Esto significa que su seguro medico le mandara el pago directamente a usted. Entonces todos los cargos de su tratamiento o cuidado se vencerán el día de su visita.
- Los diferentes planes de seguro medico no cubren los mismos servicios. En el evento que su seguro medico determine que un servicio "**NO ES CUBIERTO**", o usted no tiene autorización, usted será responsable por el cargo completo. Trataremos de verificar servicios especiales o referencias, pero usted seguirá siendo responsable por los cargos de la visita.
- Usted debe informar a la oficina sobre cambios en su seguro medico/requisitos de referencia. En el evento que no informe a la oficina de estos cambios usted es responsable de los cargos negados.
- Casi todos los servicios dados en el hospital serán cobrados a su seguro medico. Cualquier cantidad restante será su responsabilidad.
- Hay ciertos procedimientos quirúrgicos que parte del cobro tiene que ser dado antes de la cirugía. Nosotros le avisaremos si su cirugía es uno de esos procedimientos, usted será responsable de pagar su parte una semana antes de que se le haga su cirugía.
- Cuentas pasadas de tiempo tienen procedimientos colectables. Todos los cargos incluyendo pagos a un abogado, pagos pasados, y pagos a la corte serán su responsabilidad más aparte lo que debe en la oficina.
- Hay un cargo de **\$25.00** por **cheques regresados**. Su seguro medico **NO** cubre este cargo.
- Hay un cargo de **\$25.00** si usted **No cancela su cita** dando aviso dentro de **24 horas**. Su seguro medico **NO** cubre este cargo.
- Hay un cargo de **\$25.00** por llenar papeles de deseabilidad. Su seguro medico **NO** cubre este cargo.

Firma del Paciente/Persona Responsable

Fecha

Nombre en molde del Paciente/Persona Responsable

Fecha

ADVANCED FOOT CARE

MA INITIALS: _____

ID# _____

ADVANCED FOOT CARE

Dr. Gabriel Lazar, DPM

Consentimiento Para Tratamiento

1. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS

Yo, el paciente identificado(a) abajo o el representante del paciente autorizado, doy consentimiento que cualquier procedimiento y tratamiento que sea recomendado durante mis visitas a Advanced Foot Care, esto puede incluir laboratorios de sangre, muestra de cualquier liquido o tejidos que pueda implicar la presencia de alguna enfermedad, bajo las reglas de la ley, tales como Hepatitis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (el agente principal del SIDA), radiografía, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, por ejemplo no limitaciones a inyecciones, raspado de callos, úlceras, incisiones y desagüe, etc., anestesia que se tenga que administrar al paciente bajo la supervisión general y especial del médico y empleados.

2. CONSENTIMIENTO A FOTOGRAFIA

Yo le doy permiso a Advanced Foot Care de tomar retratos como parte de mis documentos sobre mi cirugía o condición medica. Estas fotografías se mantendrán en mi expediente médica permanente. Yo entiendo y reconozco que Advanced Foot Care está permitido a usar cámaras para supervisar a los pacientes.

La persona firmada abajo certifica que ha leído y recibido una copia, es el paciente o representante del paciente, o es la persona autorizada por el paciente para otorgar y aceptar los términos escritos arriba.

Firma del Paciente / Representante del Paciente

Fecha

Otra persona que no es el paciente y la relación

Fecha

Testigo

Fecha

ID# _____

FECHA: ___/___/___

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: ___/___/___

El problema comenzó después de:

Accidente en el trabajo Accidente automovilístico Régimen diario Nada Examen Diabético

Razón de la visita: _____

Tipo de dolor o sensación:

Constante Ocasional Como puñalada Palpitante Agudo Entumecido Ardiente

Comezón Moreteado Otro: _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

Doctor Familiar: Dr. _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Última Visita: _____

Cardiólogo: Dr. _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Última Visita: _____

¿Es Diabético? SI o NO

Si, ¿por cuánto tiempo? _____

Toma: Pastillas / Insulina / Los dos

¿Va a Diálisis? SI o NO

¿Cual doctor lo atiende? Dr. _____ Teléfono: (____) _____ - _____

¿Está tomando medicina para adelgazar la sangre? SI o NO

Nombre del Medicamento _____ ¿Por cuánto tiempo lo ha tomado? _____

¿Ha tenido un trasplante de órgano? SI o NO

Tipo de trasplante _____

¿ALERGIAS a algún medicamento? SI o NO

MEDICAMENTO

REACCION ALERGICA

Penicilina	
Codina	
Sulfato	
Yodo	
Neosporin	
Anestesia Local	
Guantes de Latex	
Motrin / Ibuprofeno / Advil	
Aspirina	
Otro:	

ID# _____

FECHA: ___/___/___

Nombre del Paciente: _____ FechaDeNacimiento ___/___/___

ANTECEDENTES MEDICOS

Marque si actualmente padece o ha padecido de:

- SIDA / VIH
- Alzheimer
- Ansiedad
- Artritis Reumatoide
- Articulaciones Artificiales
- Válvulas Artificiales
- Problemas de la espalda
- Desorden de la sangre
- Coágulos de sangre
- Presión Arterial (alta / baja)
- Cáncer: _____
- Activo / Remisión
- Colesterol (alto / bajo)
- Demencia
- Depresión
- Diabetes en
Pastilla / Insulina
- Gota
- Problemas del Corazón
- Hepatitis: A B C
- Ulcera Intestinal
- Problemas del Riñón
- Insuficiencia renal/trasplanté
- Enfermedad del Hígado
- Derrame Cerebral
- Tiroides
- Tuberculosis
- NADA

Otro problema(s) **NO** mencionado? _____

COMENTARIOS acerca su historial médico _____

- ¿Tiene un Marcapasos? SI o NO
- ¿Tiene un Implante? SI o NO ¿Donde? _____
- ¿Tiene un cánula? SI o NO ¿Donde? _____

CIRUGIAS que ha tenido en el pasado SI o NO

<i>CIRUGIA</i>	<i>FECHA</i>	<i>CIRUGIA</i>	<i>FECHA</i>

MUJERES SOLAMENTE

- ¿Está embarazada? SI o NO
- Si, ¿cuantos meses tiene? _____
- ¿Esta amamantando actualmente? SI o NO

HISTORIAL SOCIAL

- ¿Alguna Dieta Especial? SI o NO Si, ¿alguna restricción? _____
- ¿Uso de Tabaco? SI o NO Tipo: _____ Duración: _____ Año que renuncio: _____
- ¿Consumo de Alcohol? SI o NO Frecuencia: _____ Año que renuncio: _____
- ¿Uso de drogas recreativas? SI o NO Tipo y frecuencia: _____

HISTORIAL FAMILIAR

ENFERMEDAD Miembro(s) Familiar Que Tiene o Tubo La Enfermedad

Coagulo de sangre	
Cáncer	
Diabetes	
Problemas del Corazón	
Presión Arterial	
Otro:	

ID# _____

FECHA: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____ FechaDeNacimiento ____/____/____

LISTA DE MEDICAMENTOS

Nombre del Medicamento	Dosis	¿Cada cuando lo toma?	Razón que toma este Medicamento

Siguiente pagina >

ID# _____

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____

Número de la Farmacia: (_____) _____ - _____

Si Dr. Lazar le receta un medicamento, va hacer enviado electrónico a su farmacia que escogió dentro de 24 horas después de su visita. Si usted no ha recibido su medicamento o si la farmacia dice que no la han recibido por favor avise a nuestra oficina. Gracias.

Usted puede dejar su comentario, opinión o sugerencia en



Para el Dr Lazar.

