

# FOOT+ ANKLE SPECIALTY CENTERS, LLC

Physicians & Surgeons of the Foot & Ankle

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ SEXO: M• F•  
APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

(Por favor imprimir)

FETCH DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL# \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: C• V• S• D•

RAZA/ETNIA: ASIAN• BLACK/AFRICAN AMERICAN • MEXICAN AMERICAN INDIAN• WHITE/CAUCASIAN• OTHER•

DOMICILIO \_\_\_\_\_ APT \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO RESIDENCIAL ( ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR( ) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: . \_\_\_\_\_

PACIENTE EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO( ) \_\_\_\_\_

RESPONSABLE (ASEGURADO). \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PAREJA /PADRE \_\_\_\_\_ EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEGURO PRIMARIO \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA FARMACIA. \_\_\_\_\_ NÚMERO DE FARMACIA( ) \_\_\_\_\_

¿CÓMO SE ENTERO DE NOSOTROS? \_\_\_\_\_

DOCTOR PRIMARIO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SU DOCTOR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL DR. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ÚLTIMA VISITA \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, ¿QUIÉN DEBE SER NOTIFICADO? TELÉFONO( ) \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO PREVIO POR PODÓLOGO SÍ ( ) NO ( ) EN CASO AFIRMATIVO, CUANDO \_\_\_\_\_

DESCRIBIR LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS POR USTED O CUALQUIER OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD \_\_\_\_\_

PRINCIPAL PREOCUPACIÓN(ES) DEL PIE (FECHA DEL TRAUMA). \_\_\_\_\_

PIE \_\_\_\_\_ TOBILLO \_\_\_\_\_ DERECHA \_\_\_\_\_ IZQUIERDA \_\_\_\_\_ AMBOS \_\_\_\_\_ DURACIÓN \_\_\_\_\_

DESCRIBIR EL DOLOR (AGUDO, PUNZANTE, ARDIENTE, ETC). \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

# HISTORIAL MÉDICO

¿Alguna vez ha sido tratado por (seleccione todos los que correspondan)?

- Callos
- Hongos en las uñas
- Úlceras en las piernas/pies
- Pie/hueso roto
- Dedo en martillo/dedo del pie mazo
- Dolor en el arco
- Dolor de espalda baja
- Dedos de los pies hacia adentro
- Problemas en los pies en la infancia
- Verruga plantar
- Uña encarnada
- Entumecimiento de los pies
- Tobillo roto
- Calambres en las piernas/pies
- Pies de arco alto
- Dolor en el talón
- Caminar de puntillas
- Problemas de marcha
- Pie de atleta
- Neuroma
- Juanetes
- Esguince de tobillo
- Pies planos
- Dolor de rodilla
- Sarpullido

¿Tiene calambres después de la actividad?

¿El dolor en el pie limita sus actividades deseadas?

¿Tienes alguna dificultad para caminar?

¿Algún dolor en las pantorrillas o glúteos al caminar?

¿Se alivia el dolor deteniéndose y permaneciendo quieto?

Haga una lista de los deportes y otras actividades en las que está involucrado:

---



---

**Historial médico del paciente:** ¿Alguna vez ha sido tratado por:

- Derrame cerebral
- Flebitis
- Anemia
- Diabetes
- Gota
- Ciática
- Artritis
- Epilepsia
- Asma
- Hepatitis
- Orina oscura
- Cáncer
- Infarto
- Enfermedad vascular
- Mala circulación
- Enfermedad del riñón
- Osteoporosis
- Enfermedad de Lyme
- Dolores de cabeza
- Trastorno nervioso
- Enfermedad pulmonar
- Enfermedad hepática
- Heces ligeras crónicas
- Úlcera de estómago
- Presión alta
- Problemas cardiacos
- Ojos: Glaucoma
- Cicatrices queloides/gruesas
- Enfermedad de Alzheimer
- Fiebre reumática
- Trastorno de la audición/oído
- Trastorno psiquiátrico
- Tuberculosis
- Problema de tiroides
- Pérdida de peso
- Nada de lo anterior

Otro:

**Historia quirúrgica:** Procedimientos quirúrgicos y complicaciones:

---



---

**Revisión de sistemas:** ¿Está experimentando actualmente alguno de los siguientes:

- General:**  Disminución de la fuerza
- Cabeza:**  Dolores de cabeza
- Ojos:**  Visión anormal
- Oídos:**  Cambio en la audición
- Nariz:**  Hemorragia nasal
- Boca:**  Dificultades dentales
- Cuello:**  Rigidez
- Pecho:**  Dificultad para respirar
- Abdomen:**  Dificultad para tragar
- Neurológicos:**  Debilidad
- Psiquiátrico:**  Síntomas depresivos
- Cambio de peso
- Vértigo
- Visión doble
- Tinnitus
- Obstrucción
- Sangrado de las encías
- Dolor
- Sibilancias
- Cambio de apetito
- Temblor
- Cambio en los hábitos de sueño
- Disminución de la tolerancia al ejercicio
- Herida
- Disminución de la visión
- Sangrados
- Descarga
- Uso de dentaduras postizas
- Ternura
- Tos
- Vómito
- Convulsiones
- Cambios en el contenido del pensamiento
- Aumento del drenaje
- Dolor
- Vértigo
- Inflamación de la membrana mucosa
- Masas notadas
- Escupir sangre
- Heces negras o alquitranadas
- Dolor
- Falta de control muscular

# PASADO, FAMILIA E HISTORIA SOCIAL

**Apunte su familia inmediata que haya tenido:**

- Diabetes \_\_\_\_\_ Problemas en los pies \_\_\_\_\_
- Artritis \_\_\_\_\_ Infarto \_\_\_\_\_
- Derrame cerebral \_\_\_\_\_ Presión alta \_\_\_\_\_
- Cáncer \_\_\_\_\_ Defectos de nacimiento \_\_\_\_\_
- # De Partos \_\_\_\_\_ ¿Estás embarazada actualmente?
- ¿Es lento para sanar después de los cortes?
- ¿Algún moretón, sangrado o cicatrización anormal?
- ¿Fumas ahora?
- ¿Alguna vez fumaste?
- Si renunciaste, ¿en qué año lo hiciste?
- Consumo de alcohol ?  Ninguno  Raramente  Moderadamente
- Diario  Renunciar
- ¿Usas drogas recreativas?
- ¿Está tomando algún medicamento?
- ¿Está tomando insulina?
- Haga una lista de su medicación, la dosis y el propósito:

¿Está tomando su medicamento según lo recetado?

**Alergias:** ¿Hay antecedentes de reacción en la piel u otra reacción

externa o enfermedad después de una inyección, administración oral o tópica de:

- Látex, Cinta adhesiva
- Otros antibióticos
- Aspirina, Advil, Aleve, Motrin
- Otros remedios para el dolor
- Codeína
- Novocaína
- Sulfa
- Penicilina
- Empirin, Tylenol
- Celebrex
- Morfina
- Otros narcóticos
- Otros anestésicos
- Camarones, yodo o melotolato

**Claramente apunte medicamentos adicionales, alimentos, etc.**

---



---

# FOOT+ ANKLE SPECIALTY CENTERS

## FEDERAL HEALTH PRIVACY RULE

### FORMA DE CONSENTIMIENTO

#### REGLA DE PRIVACIDAD

El Gobierno Federal ha desarrollado regulaciones en un intento de garantizar la privacidad de la atención médica de los pacientes. Esto significa que no podemos usar ni divulgar información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su consentimiento por escrito. Como parte de estas regulaciones, estamos obligados a informarle cómo esta oficina utiliza, comparte y protege la información de atención médica que recopilamos. Se adjunta una copia de la política de nuestra oficina y más detalles sobre la Regla Federal de Privacidad de Salud.

Puede revocar este consentimiento en cualquier momento, o puede solicitar restricciones adicionales sobre cómo se usa y divulga su información de atención médica para fines de tratamiento, pago y operación de atención médica.

Estoy de acuerdo con el Cumplimiento de Privacidad de Atención Médica utilizado por esta oficina.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**TIENE: TESTAMENTO VITAL: S o N TOMADOR DE DECISIONES SUSTITUTO: S o N**

#### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a **Foot Ankle Specialty Centers** a proporcionar mis registros médicos que consisten en, entre otros, notas de consulta, resultados de pruebas de diagnóstico, notas de progreso, informes operativos y otra información médica a la persona nombrada a continuación. Este comunicado está en vigor durante un año a partir de la fecha indicada \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

*YO DOY MI PERMISO A LOS MEDICOS DE **FOOT ANKLE SPECIALTY CENTERS** PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO Y REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUE SEAN NECESARIOS EN FUNCIÓN DE MI DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO.*

Gateway Professional Village  
4915 East Baseline Road  
Suite 121  
Gilbert, Arizona 85234

Arizona Medical Plaza  
West Glendale Ave  
Suite 100  
Phoenix, Arizona 85021

Chandler Place 1728  
1600 West Chandler Blvd  
Suite 120  
Chandler, Arizona 85224

Care MD Plaza  
4845 East Thunderbird  
Suite 2  
Scottsdale, Arizona 85254

Hershey Plaza  
6239 East Brown Rd  
Suite 112  
Mesa, Arizona 85205

# Foot+ ANKLE SPECIALTY CENTERS

## DIVULGACIONES Y POLÍTICA FINANCIERA: POR FAVOR, INICIE CADA UNA

\_\_\_\_\_ **BENEFICIOS Y COBERTURA DEL SEGURO:** La verificación de la cobertura y la elegibilidad NO ES una garantía de que el pago será realizado por su compañía de seguros. Eso es determinado por su compañía de seguros en el momento en que se presenta y revisa el reclamo. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Es posible que los beneficios no estén claramente definidos durante nuestra investigación en sus coberturas de seguro. Si alguna vez tiene alguna pregunta con respecto a su cobertura, comuníquese con su seguro utilizando el número que aparece en el reverso de su tarjeta. En última instancia, USTED es responsable de todos los costos no asegurados durante el tratamiento, aparte de los ajustes contractuales y las cancelaciones a pérdidas y ganancias de los proveedores. **PACIENTES SIN SEGURO:** El pago COMPLETO vence en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque o tarjetas de crédito.

\_\_\_\_\_ **FACTURACIÓN DE SERVICIOS:** Nuestra oficina factura su seguro de acuerdo con las listas de tarifas predeterminadas. Es responsabilidad del paciente proporcionar información precisa y actualizada para que la facturación se pueda realizar correctamente. Una vez que las tarifas de los servicios se facturen a su seguro principal, los costos restantes se facturarán a su seguro secundario automáticamente cuando corresponda. Si no ha cumplido con su deducible, es posible que se le pida que haga un pago a la oficina en el momento de su visita. Cualquier servicio que claramente no esté cubierto por ningún seguro se discutirá antes del tratamiento para que se pueda acordar un precio en efectivo por adelantado. Una denegación de cobertura de servicios por parte de su seguro puede requerir que usted, como paciente que trabaja con nuestro equipo de facturación, apelar este tipo de decisiones. Cualquier saldo adeudado después de las determinaciones del seguro se facturará a los pacientes por correo. Los pacientes son bienvenidos a ponerse en contacto con el equipo de facturación de Foot Ankle Specialty Centers para realizar pagos o establecer un plan de pago. Hay un \$ 25.00 tarifa cobrada por cheques devueltos.

\_\_\_\_\_ **REFERENCIAS / AUTORIZACIONES:** Es responsabilidad del paciente obtener todas las referencias si su seguro lo requiere. Si no se obtiene uno antes de su cita, usted puede ser responsable del costo de esa cita.

\_\_\_\_\_ **PAGO:** El pago se espera en el momento de su visita. Los pacientes con planes de seguro privado que incluyen deducibles altos de \$1000 o más deberán pagar un depósito de \$150.00 en el momento del servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheque y tarjeta de crédito. El pago incluirá cualquier deducible no cumplido, coseguro, copago y cargos no cubiertos de su compañía de seguros. Si no puede pagar su saldo en su totalidad, debe comunicarse con nuestra oficina de facturación para discutir un plan de pago. Los estados de cuenta se enviarán mensualmente.

\_\_\_\_\_ **CUENTA DELINQUIVA:** Después de 90 días de falta de pago, las cuentas incurrirán en una tarifa de "Refacturación" de \$ 15.00. Esto se repetirá cada mes. Si tiene dificultades para realizar un pago, DEBE comunicarse con nosotros ANTES de la fecha de vencimiento para evitar estas tarifas. Se realizará una llamada de cortesía antes de que la cuenta esté sujeta a nuestro proceso de cobro.

\_\_\_\_\_ **BENEFICIOS NO CUBIERTOS:** Nos damos cuenta de que pueden surgir circunstancias imprevistas o que algunas compañías de seguros pueden no cubrir algunos servicios médicamente necesarios. (Es decir, aparatos ortopédicos, pruebas nerviosas, cuidado del pie diabético). En estos casos, un plan de pago puede estar disponible. Estos serán evaluados caso por caso. Mientras tratamos de acomodar a todos nuestros pacientes, mantenemos pautas estrictas con respecto a los planes de pago. El incumplimiento del cronograma de pagos resultará en una revocación del acuerdo del plan de pago.

\_\_\_\_\_ **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** Se le cobrará una tarifa de \$ 25.00 por discapacidad o papeleo de FMLA que se completará. La tasa se paga previa presentación de documentos. Las formas NO se completarán hasta que se reciba la tarifa de \$ 25.00. La finalización de formas legales puede oscilar entre \$ 50 y \$ 150 por discreción del médico. Si necesita una copia impresa de los registros médicos, se le cobrará una tarifa de \$ 10.

\_\_\_\_\_ **PRODUCTOS PERSONALIZADOS:** Entiendo que si se pide un producto DME personalizado para mí, como aparatos ortopédicos o zapatos especiales, o recibo un yeso de aire, una férula nocturna, un zapato quirúrgico y/o una tobillera, que no son reembolsables ni retornables. Si mi seguro los niega por cualquier motivo, Entiendo que en última instancia es mi responsabilidad y pagaré por el (los) producto (s) que he recibido.

\_\_\_\_\_ **POLITICA DE NO PRESENTARSE/CITAS CANCELADAS :** Una cita perdida o cancelada deja una cita abierta que podría haber sido utilizada por un paciente que necesita atención médica. Una cita de no presentación ocurre cuando un paciente, padre / tutor legal no notifica adecuadamente, las 24 horas, que la cita no se puede mantener. Foot Ankle Specialty Centers reserva el derecho de cobrar por una cita perdida. Si no cancela o reprograma una cita dentro de las 24 horas posteriores a la cita programada, se le cobrará una tarifa de \$50, que NO está cubierto por su seguro. Si se incurre dos (2) citas sin presentarse en un año calendario (enero - diciembre) Se aplicará una tarifa de \$50 a su cuenta por cada cita perdida. Las citas habitualmente perdidas podrían llevar a que un paciente sea dado de alta de la práctica.

\_\_\_\_\_ **RETRASOS:** Si llega tarde a nuestra hora de cita, por favor llame para informar al personal. Revisarán el horario para determinar si la cita deberá reprogramarse para otro día o si trabajarán una cita detrás de otras citas programadas. Después de la segunda vez de llegar tarde se aplicará una tarifa de \$ 50 a su cuenta.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído las *Divulgaciones y política financiera*, lo entiendo, y acepto sus términos.

Firma \_\_\_\_\_

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

Gateway Professional Village  
4915 East Baseline Road  
Suite 121  
Gilbert, Arizona 85234

Arizona Medical Plaza  
1728 West Glendale Ave  
Suite 100  
Phoenix, Arizona 85021

Chandler Place  
1600 West Chandler Blvd  
Suite 120  
Chandler, Arizona 85224

Care MD Plaza  
4845 East Thunderbird  
Suite 2  
Scottsdale, Arizona 85254

Hershey Plaza  
6239 East Brown Rd  
Suite 112  
Mesa, Arizona 85205