



# HENDERSONVILLE PODIATRY

Nombre \_\_\_\_\_ .I. \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nac \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de  
teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra práctica? \_\_\_\_\_

## **Acuerdo de tratamiento**

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Entiendo que si no sigo las instrucciones de mi médico con respecto a mi cuidado y tratamiento, incluyendo cualquier fisioterapia o medicamentos necesarios, El resultado de mi atención y tratamiento podría ponerse en peligro y podrían ocurrir resultados menos que óptimos.

## **El consentimiento para compartir información**

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Con el propósito de pago, permito que Hendersonville Podiatry divulgue mi Información de Salud Privada a cualquiera y todas mis compañías de seguros, sus terceros pagadores y revisores de reclamos, hasta que se resuelva el reclamo. Para el propósito del tratamiento, también permito que la práctica mencionada anteriormente divulgue mi información o contacte a cualquiera y todos mis médicos tratantes.

## **Poliza**

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro por usted con una asignación de beneficios. Usted está aceptando que su compañía de seguros pague al médico directamente. Debe proporcionar cambios personales (dirección, números de teléfono, etc.) y/o seguros (transportistas, redes, números de identificación, etc.) a la oficina. En el caso de que la oficina no sea informada, usted será responsable de cualquier cargo denegado.

Usted es responsable de todas las autorizaciones/referencias/preciertos necesarios para buscar tratamiento con Hendersonville Podiatry.

Su parte de pago para TODOS LOS servicios de oficina se debe en el momento del servicio.

Las citas canceladas repetitivas y/o el incumplimiento pueden resultar en el despido de la práctica.

Presentaremos una reclamación ante cualquier compañía de seguros con la que estemos en red y le exigiremos que pague el copago/coseguro/deducible en el momento del servicio. Si usted está viendo al médico en un "fuera de la red", estará sujeto a tarifas fuera de la red.

No todos los servicios son un beneficio cubierto en todas las pólizas de seguro. En el caso de que su plan de salud determine que un servicio es "no cubierto / preexistente" o usted no tiene una autorización, usted será responsable de todos los cargos. We will attempt to verify benefits for some specialized services; however, you remain responsible for charges to any service rendered. Patients are encouraged to contact their insurance company for clarification of benefits prior to services rendered.

Nos damos cuenta de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros rápidamente para obtener ayuda en la gestión de su cuenta. Cualquier excepción de pago se acordará por escrito.

Las cuentas VENCIDAS están sujetas a procedimientos de cobro, incluida la oficina de crédito. Todos los honorarios incluyendo, pero no limitado a los honorarios de cobro, honorarios de abogados, y honorarios de la corte se convertirán en su responsabilidad además del saldo debido a la práctica. Las cuentas de que ya no mantengan un estado financiero de "buena fe" resultarán en el descargo de la práctica.

Hay una tarifa de servicio de \$25,00 para todos los cheques devueltos. En caso de que ocurra una CUENTA NSF o CERRADA, todas las remesas futuras deberán estar en otras formas de pago. La restitución del "robo por cheque" se solicitará a la Oficina del Fiscal del Distrito.

Hendersonville Podología emite cheques de reembolso de pacientes dentro de los 90 días de una investigación completa del pago excesivo potencial.

## **Autorización de pago**

Por la presente asigno todos los Beneficios Médicos directamente a Hendersonville Podiatry para el pago de cualquier servicio prestado. También autorizo la divulgación de los registros médicos necesarios para procesar mis reclamos de salud. Entiendo completamente que en el caso de que mi compañía de seguros no pague dentro de los 60 días por los servicios que recibí, seré financieramente responsable del pago. Por favor, firme abajo: He leído las Políticas y Liberación de Información de Hendersonville Podiatry, y doy mi consentimiento para el tratamiento.

Imprimir el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o guardián: \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nac** \_\_\_\_\_

## Alergias

	<u>Si</u>	<u>No</u>	*En caso afirmativo, indique la reacción		<u>Si</u>	<u>No</u>	*En caso afirmativo, indique la reacción
Cinta Adhesiva	Y	N	_____	Novocaina/lidocaina	Y	N	_____
Latex	Y	N	_____	Penicilina	Y	N	_____
Tintura de yodo	Y	N	_____	la sulfamida	Y	N	_____
Otro	_____						

## Medicamentos

Nombre	Dosis	Nombre	Dosis

## Historial Médico Pasado

<b>Cardiovascular</b>	La cardiopatía      Linfedema      Enfermedad de las arterias coronarias Infarto de miocardio      Enfermedad arterial periférica      Trombosis venosa profunda Hiperlipidemia      Hipertensión      Ataque Isquémico transitorio (AIT) Infarto cerebral (Accidente cerebrovascular)
<b>Pulmonar</b>	asma      EPOC      trombosis de la arteria pulmonar      dependencia de oxígeno
<b>Neurológico</b>	trastorno neurológico      neuropatía periférica      pie caído
<b>Ortopédico</b>	artritis      reemplazo de la articulación      radiculopatía      la ciática      amputación
<b>Genitourinario</b>	enfermedad renal (riñón)      diálisis
<b>Gastrointestinal</b>	enfermedad hepática      úlcera gástrica      enfermedad de Crohn      intestino irritable
<b>Metabólico</b>	diabetes      tiroides      gota
<b>Dermatológico</b>	úlceras en los pies      onicomicosis      Neoplasia maligna de la piel      psoriasis

<b>Psiquiátrico</b>	ansiedad    depresión    demencia    alzheimer    disminución de la función cognitiva
---------------------	---

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nac** \_\_\_\_\_

### Antecedentes quirúrgicos anteriores

<b>Cirugía no relacionada con en pie</b>	Marcapasos    stent    catarata    bypass de la arteria coronaria apendectomía    reparación de hernias    Histerectomía    Reemplazo de cadera Reemplazo de rodilla    amigdalectomía otro:
<b>Cirugía del pie</b>	dedo de martillo    bunionectomía    fusión conjunta    amputación infección otro:

### Historia social

<b>Fumar</b>	nunca    anteriormente    actual (diario)    actual (ocasional)
<b>Alcohol</b>	nunca    moderado    alcohólico en recuperación
<b>Drogas</b>	Uso de drogas    nunca consumió drogas    recuperarse de las drogas adicción
<b>Ejercicio</b>	nada    sedentario    con regularidad (¿con qué frecuencia? )
<b>Estado del trabajo</b>	tiempo completo    medio tiempo    retirado    discapacidad

### Historial Familiar

<b>Abuelos</b>	diabetes    Cardiopatía    cáncer
<b>Padre</b>	diabetes    Cardiopatía    cáncer    difunto
<b>Madre</b>	diabetes    Cardiopatía    cáncer    difunto
<b>Hermanos</b>	diabetes    Cardiopatía    cáncer

### Información adicional

<b>Médico de Cabecera</b>	
<b>Farmacia</b>	
<b>Signos Vitales</b>	Estatura:                      Peso:
<b>Número de zapato</b>	

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE RECONOCIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE HIPAA PARA PACIENTES

### I. Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad de Practices:

Al escribir mi nombre a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP), y que he tenido la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) y aceptar sus términos. **Una copia de las Prácticas de Privacidad de HIPAA disponible en el vestíbulo**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (printed)                      Fecha de nacimiento      Firma de **Paciente** (paciente o guardián)                      Fecha

### II. Contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de contacto: \_\_\_\_\_

**Acepto que el consultorio puede divulgar la siguiente información a mi contacto de emergencia :** Financiero?  Medico?

### III. Solicitud para recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos:

Según lo dispuesto en la Sección 164.522(b) de la Regla de Privacidad, por la presente solicito que la Práctica me haga todas las comunicaciones que he enumerado a continuación:

Numero de telefono de casa: \_\_\_\_\_ ¿Aceptar para dejar un mensaje? Si  No

Numero de celular: \_\_\_\_\_ ¿Aceptar para dejar un mensaje? Si  No

Está bien dejar un mensaje de texto para recordatorios de citas? Si  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Aceptar correo electrónico? Si  No

**Entiendo que Hendersonville Podiatry tomará una foto de mí con el propósito de identificarme SOLAMENTE.** Si  No

1. Las autorizaciones anteriores son voluntarias y puedo negarme a sus términos sin afectar ninguno de mis derechos a recibir atención médica
2. Estas autorizaciones pueden ser revocadas en cualquier momento notificando a la Práctica por escrito a la dirección postal de la Práctica marcada a la atención de "Oficial de Cumplimiento de HIPAA".
3. La revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto en las divulgaciones que ocurran antes de la ejecución de cualquier revocación
4. Este formulario se completó completamente antes de firmarlo y reconozco que todas mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción y que entiendo completamente este formulario de autorización
5. Esta autorización es válida a partir de la fecha que he firmado a continuación y seguirá siendo válida hasta que se modifique o revoque.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_