

McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC
Adam J. Gerber, DPM, FACPM, ABPM



Información del paciente

Nombre (Primero) _____ (Medio) _____ (Ultimo) _____
SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____
Dirección postal _____
Numero de teléfono _____ Correo electrónico _____
Idioma preferido _____ Estado Civil _____
Empleador _____ Doctor de atención primaria _____
Farmacia preferida _____ Ubicación _____

PERSONA RESPONSABLE DE BILL (si no es el paciente o si el paciente es menor de edad)

Nombre (Primero) _____ (Medio) _____ (Ultimo) _____
SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____
Dirección postal _____
Numero de teléfono _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE EL SEGURO

Seguro Primario _____ Nombre del asegurado _____
Fecha de nacimiento del asegurado _____ Relación con el paciente _____
Numero de ID _____ Numero de group_ _____
Seguro Secundario _____ Nombre del asegurado _____
Fecha de nacimiento del asegurado _____ Relación con el paciente _____
Numero de ID _____ Numero de grupo _____
¿Es esta visita debido a: **accidente laboral** **accidente automovilístico** Fecha de lesión _____
reclamación # _____ compañía de seguros _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

nombre _____ relación _____ Numero de teléfono _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Certifico que la información médica proporcionada es verdadera y correcta segun mi leal saber y entender. Doy permiso al médico para administrar y realizar los procedimientos que puedan considerarse necesarios en el diagnóstico y/o tratamiento de mi condición. Si tengo (o mi dependiente tiene) cobertura de seguro que asigno directamente a McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC, todos los beneficios de seguro o beneficios de Medicare por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea pagados por seguro o no. Por lo presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma del paciente / representante _____ fecha _____



Historia clínica del paciente

Nombre (Primero) _____ (Medio) _____ (Ultimo) _____

Altura actual _____ Peso _____ Tamaño del zapato _____

Medicamentos actuales _____

Alergias a los medicamentos _____

Otras alergias _____ látex cinta Betadina (yodo)

MOTIVO DE ESTA VISITA _____ **Califique tu nivel de dolor 1-10** _____

Describe su problema de pie/tobillo _____

Derecho o Izquierda ¿Cuánto tiempo te ha estado molestando? Días _____ Semanas _____ Meses _____ años _____

Problemas pasados de los pies y los tobillos _____

Juanetes	Pies planos	gota	Neuromas	Fascitis plantar
circulación	Úlcera en el pie	Martillos	Neuropatía periférica	Verrugas
Callos	ganglios	Uñas encarnadas	Enfermedad vascular periférica	

Procedimientos de cirugías pasados en los pies o tobillos _____

Otras cirugías importantes: _____

HISTORIA MÉDICA

¿Tienes diabetes?? Sí No Tipo 1 Tipo 2 gestacional Por cuánto tiempo? _____

Circular cualquiera que hayas tenido: _____ último A1C? _____

anemia	Dificultad auditiva	Afección pulmonar	Úlceras estomacales
artritis	Presión arterial alta	marcapasos	tuberculosis
asma	Implante de válvula cardíaca	Fiebre reumática	tiroides
Infecciones frecuentes	Colesterol alto	Golpe	Problemas de visión

Problemas cardíacos -Explicar: _____

Articulaciones artificiales-Dónde: _____

HISTORIA SOCIAL

Consumo de Tabaco: actual pasado nunca

Tipo _____ Número de paquetes por día _____ por _____ años

Consumo de Alcohol: actual pasado nunca frecuencia _____

Usas marihuana medicinal? actual pasado nunca

HISTORIA FAMILIAR

Círculo historia relativa de la sangre de:

artritis	Trastorno hemorrágico	Diabetes	enfermedad cardíac
Coágulos de sangre	Problemas de circulación	Pies planos / Juanetes	Infarto cerebral



Bienvenido a McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC

Este formulario debería ayudarle a entender claramente nuestra política financiera y las políticas de HIPA A. Si tiene alguna pregunta, no dude en hacer.

- El Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted, puede solicitar una copia.
- Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si así lo elegí) y entender el Aviso.
- Doy mi consentimiento para dar permiso a McMinnville Foot & Ankle Associates para recuperar el historial de recetas de mi farmacia.
- Si no tiene seguro médico o si no se ha cumplido con el deducible de su póliza de seguro, se espera el pago completo el día del servicio. Las opciones de pago son efectivo, cheque, tarjeta y giro postal.
- Los copagos deben pagarse en cada visita por su contrato de seguro y según lo exija la ley.
- Es su responsabilidad conocer su plan de seguro y lo que está cubierto y lo que no.
- Si el pago no se ha realizado durante 60 días, una vez que el saldo se convierte en su responsabilidad, la cuenta puede ser evaluada con una tarifa de retraso de \$5 por mes. Cuentas morosas, más de 120 días serán entregados a una agencia de cobro externa. Se agregará una tarifa de servicio adicional de \$75 al saldo pendiente.
- Para los casos de compensación del trabajador o accidentes automovilísticos, facturaremos el seguro apropiado. Si su reclamo es denegado, usted será responsable del pago completo.
- Si está siendo tratado como parte de una demanda o reclamo por lesiones personales, el pago de la factura sigue siendo su responsabilidad. No podemos facturar a su abogado por los cargos incurridos debido a su lesión personal.
- Al firmar este formulario, usted está dando a McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC autoridad para divulgar cualquier información requerida para completar su reclamo de seguro. La autorización será efectiva hasta que decida revocarla por escrito. Al firmar este formulario, usted entiende esta política y está obligado por ella.
- Al proporcionar un correo electrónico o número de teléfono para recibir mensajes de texto, consiento recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica en el correo electrónico y la dirección de texto de McMinnville Foot & Ankle Associates, LLC.

¿Cómo preferiría que le recordaran las próximas citas:

Llamar o enviar un correo electrónico de texto _____

Nombre de impresión _____ fecha _____

Firma del paciente / representante _____