



**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

**¿Podemos usar su teléfono celular para enviar recordatorios de citas por mensaje de texto?** \_\_\_\_\_

Si no es así, ¿hay un número alternativo al que podemos enviar un mensaje de texto? \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: (Casado, Soltero, Divorciado, Viudo, Compañero de Vida): \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Raza:  Indio  Americano Asiático  Negro/Afroamericano  Blanco/Caucásico  Otro

Etnia:  Hispano/Latino  No Hispano Idioma: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Farmacia Ubicación: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Talla de calzado: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

¿Eres diabético?  SÍ  NO ¿Usas insulina?  SÍ  NO

**Si usted es diabético, ¿cuál fue su lectura de A1C más reciente?** \_\_\_\_\_

¿Fumas cigarrillos?  SÍ  Nunca fumó  Ex fumador: Fecha para dejar de fumar \_\_\_\_\_

¿Consumes otros productos de tabaco/nicotina?  SÍ  NO Tipo: \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol:  Ninguno  ocasionalmente  al día

¿Consumes drogas recreativas?  SI NO  En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

**¿Le preocupa alguno de los siguientes?**  Inseguridad  alimentaria  Inestabilidad de la vivienda  El transporte necesita  acceso a los servicios públicos (electricidad, gas, agua)  Seguridad personal

**¿Te has caído en el último año?** \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN MÉDICA

Imprimir Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_

¿Cuál es su principal problema de pie o tobillo en la actualidad? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó su dolencia en el pie o el tobillo? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos has probado? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Marque las casillas correspondientes.

<input type="checkbox"/> Reflujo ácido / ERGE	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (especifique) _____
<input type="checkbox"/> SIDA / VIH	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Dependiente de insulina <input type="checkbox"/> No insulino dependiente	<input type="checkbox"/> Neuropatía
<input type="checkbox"/> Alzheimer / Demencia	<input type="checkbox"/> Toxicomanía	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Flebitis
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Úlceras estomacales
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Golpe
<input type="checkbox"/> Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides (Especifique) _____
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cáncer (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Varices
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Historia del SARM	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa
<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Otro: _____

### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS


**ALERGIAS** (Por favor, marque todo lo que corresponda y enumere todas las alergias a medicamentos)

Desconocido

<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Cinta / Adhesivos	<input type="checkbox"/> Yodo
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Plata/ Silvadene



**LISTA DE MEDICAMENTOS, INFORMACIÓN DEL SEGURO Y CONSENTIMIENTO  
DEL PACIENTE**

Imprimir Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento del Paciente

<b>MEDICAMENTOS ACTUALES</b> <i>(Si tiene una lista, permítanos hacer una copia)</i>	
<input type="checkbox"/> NINGUNO	

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO**

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

ID del grupo # \_\_\_\_\_ Member: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Certifico que la información anterior es precisa a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento y autorizo al médico y al personal del Centro de Pie y Tobillo de West Georgia (FACWG) a realizar y administrar cualquier servicio, procedimiento, tratamiento y medicamento que se considere necesario para mi diagnóstico y/o tratamiento. Autorizo a FACWG a recibir y divulgar mi información personal y médica que pueda pertenecer a mi tratamiento, historial médico y diagnóstico.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento y autorizo expresamente a FACWG y a sus afiliados y agentes a comunicarse conmigo por cualquier motivo, incluidos, entre otros, servicios médicos pasados y futuros, cobro de montos adeudados por dichos servicios y marketing. Esta comunicación puede hacerse a cualquier número de teléfono, dirección de correo electrónico o dirección postal que haya proporcionado al FACWG u otro identificador único o modo que el FACWG encuentre u obtenga por su cuenta y que no haya sido proporcionado por mí.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor o representante, si corresponde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
FIRMA del paciente, tutor o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy



**Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida**

- Por la presente doy mi consentimiento para que Foot and Ankle Center of West Georgia use y divulgue información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). (El Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por el Centro de Pie y Tobillo de West Georgia describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa).
- Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Foot and Ankle Center of West Georgia se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a Johnna a 100 Professional Place, Suite 101, Carrollton, Ga. 30117.
- Con este consentimiento, Foot and Ankle Center of West Georgia puede llamar o enviar un mensaje de texto a mi casa u otra ubicación/número de contacto alternativo y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica. incluyendo resultados de pruebas de laboratorio, entre otros.
- Con este consentimiento, Foot and Ankle Center of West Georgia puede enviar por correo a mi hogar u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes.
- Con este consentimiento, el Centro de Pie y Tobillo de West Georgia puede enviar por correo electrónico a mi hogar u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes. Tengo derecho a solicitar que el Centro de Pie y Tobillo de West Georgia restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo la TPO. La práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por este acuerdo.
- Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que Foot and Ankle Center of West Georgia use y divulgue mi PHI para llevar a cabo la TPO.
- Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya realizado divulgaciones en función de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o lo revoco posteriormente, Foot and Ankle Center of West Georgia puede negarse a proporcionarme tratamiento.

**Para garantizar su privacidad, responda a las siguientes preguntas:**

¿Tenemos permiso para dejar un mensaje en los números de teléfono que nos ha proporcionado?:  Sí  No

¿Podemos discutir su información médica con algún familiar y/o amigo?   Sí  No

En caso afirmativo, enumere los nombres de las personas con las que podemos discutir su información médica:

\_\_\_\_\_  
Relación del nombre con el número de teléfono del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación del nombre con el número de teléfono del paciente

**POR FAVOR, FIRME A CONTINUACIÓN**

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor o representante, si corresponde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
FIRMA del paciente, tutor o representante Fecha de hoy



## POLÍTICA DE PAGO

Gracias por elegir a Foot and Ankle Center of West Georgia como su proveedor de podología. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad. Por favor, lea la siguiente política de pago y háganos saber si tiene alguna pregunta, luego firme en la parte inferior para verificar que acepta nuestra política.

- El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Le facturaremos a su compañía de seguros principal como cortesía para usted. Para hacerlo, le solicitamos que divulgue toda la información del seguro, incluidos los seguros primarios y secundarios, así como cualquier cambio en la información del seguro. Si no se proporciona la información completa del seguro, el paciente puede ser responsable de toda la factura. Si su compañía de seguros no tiene contrato con nosotros o si estamos fuera de la red, usted acepta pagar cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro. Si su seguro cambia, notifiquenos antes de su próxima visita, para que podamos hacer los cambios apropiados.
- Participamos con la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Es su responsabilidad verificar que su seguro tenga nuestra práctica listada como proveedor participante. También es su responsabilidad estar al tanto de los requisitos de cobertura, como la aprobación previa, la remisión por parte de un proveedor de atención primaria, etc., que su seguro puede tener para cubrir sus servicios. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo.
- Ciertos seguros de salud (HMO, POS, etc.) requieren que obtenga una referencia o autorización previa de su proveedor de atención primaria (PCP) antes de visitar a un especialista. Si su compañía de seguros requiere una remisión y/o autorización previa, usted es responsable de obtenerla. Si no obtiene la remisión y/o la autorización previa, la compañía de seguros puede realizar un pago menor o nulo, y el saldo será su responsabilidad. Es posible que sea necesario hacer arreglos de pago alternativos o reprogramar su cita si no se obtiene.
- Los cargos por servicios, que incluyen saldos impagos, deducibles, copagos, coseguros y productos de venta libre no cubiertos, se deben pagar en el momento del servicio. Usted entiende y acepta que si no realiza los pagos de los que es responsable de manera oportuna; Dicho incumplimiento dará lugar a la remisión a una agencia de cobro.
- El cargo por un cheque devuelto es de \$35.00 pagaderos en efectivo o con tarjeta de crédito. Esto se aplicará a su cuenta además de la cantidad de fondos insuficientes. Es posible que se le coloque solo en efectivo después de cualquier cheque devuelto. Los cargos y saldos de cheques devueltos no pagados estarán sujetos a la colocación de cobros.
- La cumplimentación de formularios (por ejemplo, licencia médica familiar o por discapacidad) y las copias de los registros médicos no son un reembolso facturable por parte de las compañías de seguros. Por lo tanto, usted es responsable de la tarifa de \$ 35.00 relacionada con la finalización de estos documentos. El pago vence cuando se presentan los formularios para completarlos.

Gracias por leer atentamente nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta.

**He leído y entiendo la política de pago, y acepto cumplir con estas pautas.**

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente  
nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor o representante, si corresponde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
FIRMA del paciente, tutor o representante Fecha de hoy



### AUTOPAGO

- En el caso de que un paciente no tenga seguro médico o no proporcione prueba de seguro médico actual y activo, se le facturará a ese paciente como "PAGO POR CUENTA PROPIA".

Al firmar a continuación, reconozco que el pago vence en el momento del servicio.

### AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR EL SEGURO DEL PACIENTE

Marque las casillas para verificar que ha leído nuestra política y está de acuerdo con esta autorización, luego firme a continuación.

- Por la presente certifico y doy fe de que he buscado evaluación, tratamiento o asesoramiento médico del personal del Centro de Pie y Tobillo de West Georgia, P.C. Por lo tanto, autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social y a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo.
- Seguro primario: Autorizo y solicito que el pago de los beneficios del seguro médico se realice en mi nombre a Foot and Ankle Center of West Georgia, P.C. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente o a cualquier otra parte responsable ante el paciente se asigna por la presente a Foot and Ankle Center of West Georgia, P.C.
- Seguro secundario, si corresponde: Solicito que el pago de los beneficios del seguro secundario autorizado se realice en mi nombre a Foot and Ankle Center of West Georgia, P.C. si es posible o de otra manera a mí, momento en el cual enviaría todos los pagos a Foot and Ankle Center of West Georgia, P.C.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente  
nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor o representante, si corresponde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** del paciente, tutor o representante Fecha de hoy