

BIENVENIDOS A TEXAS FOOT & ANKLE CENTER
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Esta información confidencial es importante para que podamos conocer su salud)

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Licencia de Conducir #: _____ # Seguro Social: _____

de Tel del Hogar: _____ # de Tel de Celular: _____

Dirección de Correo Electronico (Email): _____

Dirección: _____

CALLE
CIUDAD
ESTADO
CODIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL ASEGURANSA

Aseguranza Primaria: _____

de Identificación/Membro: _____ Grupo/ Política #: _____

Aseguranza Secundaria: _____

de Identificación/Membro: _____ Grupo/ Política #: _____

PARTE RESPONSIBLE: (Persona Responsable por el pago de los cobros?) * NECESITAMOS LA INFORMACIÓN COMPLETA*

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Num. Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado y Código Postal: _____

Tel. Del Hogar: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Tel. Del Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Referido Por: Doctor: _____ Paciente/Amigo: _____
 Aseguransa Internet Facebook, Google, etc.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____ Tel de Hogar: _____

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Celular #: _____ Trabajo #: _____ Ext _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA:

Nombre de Farmacia: _____ Tel: _____

Dirección Farmacia: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

POLITICA DE PAGO: Todos los servicios proporcionados son responsabilidad del paciente o el tutor del paciente. El paciente es responsable por la cuenta aún cuando el paciente o el tutor del paciente tenga aseguransa.

AUTORIZO TRANSMITIR CUALQUIER INFORMACIÓN MEDICA NECESARIA PARA ACTUAREN EN LA PEDICIÓN DE RECLAMO PRESENTE. AUTORIZO EL PAGO DIRECTO AL MÉDICO QUE PRESTO LOS SERVICIOS DETALLADOS EN EL FORMULARIO DE RECLAMO ADJUNTO.

Firma de Paciente

Fecha

INFORMACIÓN MÉDICA

Explique su problema en el pie/tobillo _____

¿Duración? ____ días; ____ semanas; ____ meses; ____ años. Pie Derecho o Izquierda? _____

Cualquier tratamiento previo? _____ Por quién? _____

Doctor Primario: _____ Último Examen: _____

Ex Podiatra: _____

¿Ha tenido algún otro problema con sus pies o tobillos? _____

¿Ha tenido alguna operación (cirugía) en sus pies o tobillos? _____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD:

Peso: _____ Altura: _____ Tamaño/ ancho del zapato: ____ Tipo de zapato normalmente usado: _____

Tienes Diabetes? Si No. Si es así, ¿toma insulina? Si No. Número de años _____

¿Fuma o masca tabaco? Si; No.

En caso afirmativo, número de paquetes / cigarrillos por día: _____ Número de años: _____ Si dejó de consumir tabaco, ¿hace cuánto tiempo? _____

¿Bebes cerveza, vino o alcohol? Si; No. Si es así, ocasional; moderar; pesado.

¿Bebes bebidas con cafeína? Yes; No. café té sodas

En su trabajo, usted: se sienta la mayor parte del tiempo Permanecer la mayor parte del tiempo ponte de pie y camina.

¿Requiere su empleador que use ciertos zapatos en el trabajo? Si No.

En caso afirmativo, son los zapatos: botas con puntera de acero vestido [hombre]/ zapatos de moda (tacones altos) [mujer]

Por favor liste todos los medicamentos que toma: _____

Por favor, marque si tiene ALERGIAS (REACCIONES) a:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva; Curitas |
| <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio (Naprosyn, Advil, Motrin, Aleve, et) | <input type="checkbox"/> Otro(s): |
| <input type="checkbox"/> Yodo (Tintura) | <input type="checkbox"/> Codeína | _____ |
| <input type="checkbox"/> Keflex | <input type="checkbox"/> Morfina o Demerol | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Anestesia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Darvon / Darvocet | | |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | | |

¿Tiene alguna articulación (s) artificial (es) o válvula cardíaca?: Sí; No. Si, sí donde: _____

Marque si tiene una problema con alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Migraña(s) | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata (hombre) | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Infecciones por levaduras (mujeres) | <input type="checkbox"/> Desorden Trastorno obsesivo-compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Menopausia (mujer) |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Artrosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes o rasgo |
| <input type="checkbox"/> Dientes o problemas en las encías | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Transfusión (es) de sangre | <input type="checkbox"/> Rigidez | <input type="checkbox"/> Gouta |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Cicatriz gruesa o formación de queloides | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea o descamación de la piel | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel | <input type="checkbox"/> Otro (s) cáncer (es): |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Tatuaje (s) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Adormecimiento o ardor en brazos, manos, piernas o pies | _____ |
| <input type="checkbox"/> SIDA / HIV / ARC | <input type="checkbox"/> Hormigueo en brazos, manos, piernas o pies | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | | |
| <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico | | |
| <input type="checkbox"/> Levantarse para orinar después de acostarse | | |

HISTORIA FAMILIAR:

Verifique si hay un historial de familiares de:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dedos de martillo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Células falciformes | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos |
| | | <input type="checkbox"/> Pies planos | |
| | | <input type="checkbox"/> Juanetes | |

Firma

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me proporcionaron una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que leí (o tuve la oportunidad de leer si así lo decidí) y entiendo el Aviso.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Nombre del padre o nombre del representante autorizado (si corresponde)

Firma

- Doy mi permiso al Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM para divulgar y discutir cualquier información relacionada con mi (s) condición (s) médica (s) con / con los siguientes miembros de la familia, otros familiares y / o amigos personales cercanos:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

- No deseo dar permiso para que familiares adicionales, familiares o amigos personales cercanos tengan acceso a cualquier información relacionada con mi condición médica.

Firma

Fecha



A Division of Podiatric Medical Partners of Texas, P.A.

Matthew S. Babich, DPM
Gary A. Heredia, DPM
Paul Kinberg, DPM
1151 N. Buckner Blvd Ste #201
Dallas, TX 75218
o: 214-660-077 f: 877-631-1566
e: office@txfac.com

ASIGNACIÓN LEGAL DE BENEFICIOS Y LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y DOCUMENTOS DEL PLAN

Al considerar la cantidad de gastos médicos en que se incurrirá, yo,

Los abajo firmantes tienen cobertura de seguro y / o beneficios de atención médica para empleados con el título adjunto, y por la presente asignan y transmiten directamente a Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM; todo los beneficios médicos y / o el reembolso del seguro, si lo hubiera, pagarme de otra manera por los servicios prestados por el podiatra mencionado anteriormente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos independientemente de cualquier pago de seguro o beneficio aplicable y entiendo que estos saldos vencen dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha de pago y / o denegación del seguro y si son necesarios intentos externos también será responsable de todos los gastos de recaudación y legales. Autorizo Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM para liberar toda la información médica para procesar mis reclamos. Autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, asegurador y mi abogado para liberar a Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM todos los documentos del plan, póliza de seguro y / o información de liquidación previa solicitud por escrito por Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM para reclamar dichos beneficios médicos, reembolso o cualquier remedio aplicable. Autorizo el uso de esta firma en todas mis solicitudes de seguro y / o de beneficios de salud para empleados. Transmitir a Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, en la medida de lo posible según la ley y las pólizas de seguro aplicables y / o el plan de atención médica de los empleados, cualquier reclamo, elegí en acción, u otro derecho que pueda tener a tal seguro y / o cobertura de beneficios de atención médica para empleados bajo cualquier póliza de seguro aplicable y / o plan de atención médica con respecto a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos recibí de Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM y en la medida permitida por la ley para reclamar dichos beneficios médicos, reembolso de seguro y cualquier remedio aplicable. Además, en respuesta a cualquier solicitud razonable de cooperación, Estoy de acuerdo en cooperar con Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM en cualquier intento por by Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM para presentar dicha reclamación, elija en acción o derecho contra mis aseguradores y / o el plan de atención médica de los empleados, incluyendo, si es necesario, presentar una demanda con Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM en contra de dichos aseguradores y / o plan de salud de los empleados en mi nombre, pero al Dr. Matthew Babich, DPM; Gary Heredia, DPM; Paul Kinberg, DPM gasto.

Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse tan válida como la original. He leído y entiendo completamente este acuerdo

Firma del Asegurado / Guardián

Fecha

Relación del Guardián con el menor de edad: _____

Testigo

Paciente Registro de Dirección de Correo Electronico y Mensaje de Texto

Texas Foot & Ankle Center ahora tiene la capacidad de proporcionar a nuestros pacientes ciertos tipos de información por correo electrónico y / o mensajes de texto.

Texas Foot & Ankle Center cree firmemente en la protección de la privacidad de nuestros pacientes. Cuando nos proporciona esta información, solo se usa para comunicarse con usted. Para proteger su privacidad, no se enviará ninguna información confidencial o personal de Texas Foot & Ankle Center por correo electrónico o mensaje de texto.

Texas Foot & Ankle Center no comparte los nombres, las direcciones de correo electrónico ni los números de teléfono de los pacientes con ninguna otra compañía o con ningún otro paciente.

Por favor imprima toda la información de forma clara y legible.

Nombre

Correo Electrónico

de Tel de Celular

- Sí, por favor inscribirme para recibir confirmaciones por correo electrónico y mensajes de texto.
- NO deseo ser contactado por correo electrónico. (Mensajería de texto SOLAMENTE)
- NO deseo ser contactado a través de mensajes de texto. (SOLO correo electrónico)
- NO deseo ser contactado por mensaje de texto o correo electrónico.