



FECHA: ____/____/____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ NOMBRE SEGUNDO _____ SEXO: M F _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO PREFERIDO: _____ PODEMOS DEJAR MENSAJE?: SI NO

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO: _____ PODEMOS DEJAR MENSAJE?: SI NO

CORREO ELECTRÓNICO: _____ MENSAJES RECORDATORIOS: SI NO

LENGUAJE PRIMARIO: _____ CÓMO ESCUCHÓ SOBRE NOSOTROS? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE

POR FAVOR SELECCIONE UNO:

MADRE MADRASTRA GUARDIAN

NOMBRE: _____

NUMERO DE CELULAR: _____

NÚMERO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EMPLEADOR: _____

POR FAVOR SELECCIONE UNO:

PADRE PADRASTRO GUARDIAN

NOMBRE: _____

NUMERO DE CELULAR: _____

NÚMERO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EMPLEADOR: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

PEDIATRÍA: _____ OFICINA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FARMACIA: _____ CALLES: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

COMPANIA DEL SEGURO PRIMARIO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE MIEMBRO#: _____ GRUPO#: _____

NOMBRE DEL DUEÑO DE LA PÓLIZA : _____ DOB: ____/____/____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____

COMPANIA DEL SEGURO SECUNDARIO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE MIEMBRO#: _____ GRUPO#: _____

NOMBRE DEL DUEÑO DE LA PÓLIZA : _____ DOB: ____/____/____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

HISTORIAL MEDICO

POR FAVOR ESCRIBA TODAS LAS ALERGIAS

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

MEDICAMENTO DIARIO/TEMPORAL Y SU DOSIS:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

ALTURA DEL PACIENTE: _____ PESO DEL PACIENTE: _____ MEDIDA DE ZAPATO: _____

A QUE EDAD SU HIJO EMPEZÓ:

A GATEAR: _____ A PARARSE: _____ A CAMINAR: _____

CONDICIONES MÉDICAS/ ENFERMEDADES:

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ARTHRITIS | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> TDA/TDAH |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO | <input type="checkbox"/> DOLOR ÓSEO/ ARTICULAR | <input type="checkbox"/> SANDGRADO |
| <input type="checkbox"/> PARALISIS CEREBRAL | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA CONGENITA | <input type="checkbox"/> FIBROSIS QUISTICA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> SINDROME DE DOWN | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO |
| <input type="checkbox"/> DISPLASIA DE CADERA | <input type="checkbox"/> INFECCIÓN ÓSEA/ ARTICULAR | <input type="checkbox"/> LIGAMENTO LAXITUD |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIONES/EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> ESPINA BIFIDA | <input type="checkbox"/> ESGUINCE/LUXACIÓN |
| <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | | |

RAZON POR LA VISITA: _____

CUANDO EMPEZÓ EL PROBLEMA?: _____ DURACIÓN DEL PROBLEMA: _____

¿CUÁLES TRATAMIENTOS HA TRATADO ANTERIORMENTE?: _____

SI ES APPLICABLE, CÓMO DESCRIBIRÍA EL DOLOR EL PACIENTE? POR FAVOR SELECCIONE: **AFILADO/ APAGADO/ ADOLORIDO/ QUEMANDO/ RADIANDO/ PICANDO/ PUNZANTE/**

OTRO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

POR FAVOR SELECCIONE UNO:

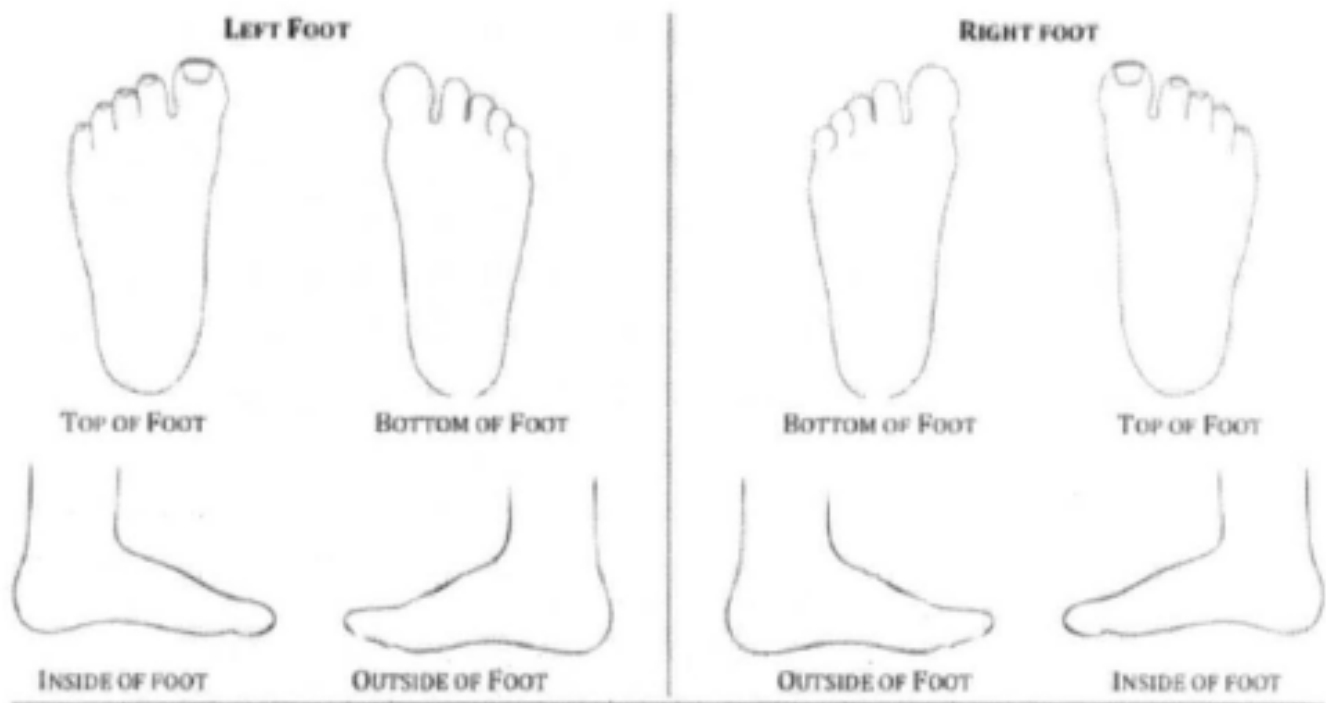
EL PROBLEMA FUE CAUSADO POR UNA LESIÓN? **SI / NO**

EL PROBLEMA AFECTA SU MANERA DE VIVIR? **SI / NO**

EL DOLOR ES PEOR CUANDO: **CAMINA/ SE PARA/ CORRE**

DESDE QUE EMPEZÓ EL DOLOR: **ESTÁ IGUAL/ ESTÁ PEOR/ HA MEJORADO**

USANDO EL DIAGRAMA ABAJO, SELECCIONE DONDE EL DOLOR ESTÁ UBICADO:



HASTA LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, HE RESPONDIDO LAS PREGUNTAS DE ESTAS FORMAS CON EXACTITUD. ENTIENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA LA SALUD DE MI HIJO. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL MÉDICO Y AL PERSONAL DEL CONSULTORIO SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO O HISTORIAL MÉDICO DE MI HIJO.

NOMBRE DEL PADRE/ GUARDIÁN LEGAL

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIÁN LEGAL

FECHA



Gracias por elegir a **Preferred Foot and Ankle Specialists / Pediatric Foot and Ankle** como su proveedor preferido de cuidado podológico. Es importante que comprenda claramente el acuerdo de la política financiera. Por favor, lea cuidadosamente y coloque sus iniciales/firme donde se indica.

Aseguranza:

Como cortesía, verificaremos sus beneficios antes de su cita. La cobertura o los beneficios obtenidos en la oficina no garantizan el pago ni la cobertura y pueden cambiar. Si su compañía de aseguranzas no le paga a la clínica dentro de 60 días, el saldo será facturado al paciente.

Iniciales: _____

Comprobante de Seguro:

Los pacientes son responsables de dar a la clínica la información de aseguranza precisa y actualizada al momento del servicio. No hacerlo puede resultar en la denegación del reclamo. Si un reclamo es rechazado debido a información de aseguranza incorrecta o incompleta, el paciente será responsable del saldo total del reclamo.

Si la información del aseguranza secundario o terciario no se proporciona al momento del servicio o antes de la presentación del reclamo, los reclamos que ya hayan sido enviados al aseguranza primario no serán enviados ni remitidos al aseguranza secundario/terciario. Una vez que se reciba la información del aseguranza secundaria, esta se aplicará únicamente a los reclamos enviados en el futuro.

Iniciales: _____

Referencias:

Si su plan de aseguranza requiere una referencia de su médico de atención primaria, es responsabilidad del paciente obtener una referencia válida antes de la cita. Las citas sin la referencia requerida pueden ser canceladas o convertidas a pago directo (self-pay).

Iniciales: _____

Pago:

Todas las responsabilidades financieras del paciente, incluidos copagos, coseguro, deducibles y cargos de pago directo, deben pagarse al momento del servicio. Los copagos no pueden facturarse y deben cobrarse al registrarse, según lo requerido por su plan de aseguranza.

Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y CareCredit.

Las cuentas con saldos pendientes después de 90 días pueden estar sujetas a nuestro proceso de cobranza. Las cuentas enviadas a una agencia de cobros serán responsables de la tarifa



cobrada por la agencia (+35%), además del monto adeudado a la oficina.

Iniciales: _____

Si existen circunstancias especiales que hagan imposible el pago inmediato, los arreglos de pago deben ser aprobados con anticipación por nuestro departamento de facturación.

Servicios No Cubiertos:

Tenga en cuenta que algunos servicios de podología o cuidado rutinario de los pies pueden no estar cubiertos o no ser considerados médicamente necesarios por su compañía de aseguranza. Cualquier servicio determinado como no cubierto por su plan será responsabilidad del paciente.

Iniciales: _____

Equipo Médico Duradero (DME):

El equipo médico duradero a menudo no está cubierto por el aseguranza. Nuestra oficina verifica la cobertura de algunos, pero no de todos, los productos DME que puedan ser entregados antes de su visita. La verificación no es una garantía de pago, ya que la cobertura y el reembolso son determinados finalmente por su compañía de aseguranzas.

Si su plan de aseguranza no cubre el DME, o si la cobertura es limitada o denegada, el paciente será responsable del costo de pago directo o de cualquier porción no cubierta según lo determine su plan de aseguranza.

Iniciales: _____

Pacientes Pediátricos:

El padre, madre o adulto acompañante es responsable de cualquier copago, deducible, coseguro, y/o saldos al momento de la cita. Consulte nuestra Póliza para Padres Divorciados o Separados si corresponde.

Iniciales: _____

Póliza de Citas Perdidas:

Solicitamos amablemente un aviso de al menos 24 horas para cancelar o reprogramar cualquier cita. El no proporcionar el aviso adecuado puede resultar en un cargo de \$75 por cita perdida.

Iniciales: _____

Los pacientes que reprograman citas repetidamente pueden estar obligados a presentar un depósito de \$50 para asegurar futuras citas. Después de tres (3) citas perdidas o cancelaciones tardías, la clínica se reserva el derecho de dar de baja al paciente de la práctica.

Iniciales: _____

FMLA / Incapacidad:

La realización de formularios de FMLA, incapacidad u otros formularios



administrativos—excluyendo notas de trabajo y notas escolares—está sujeta a una tarifa de procesamiento de \$25. El tiempo estándar de procesamiento para estos formularios es de una (1) semana.

Las solicitudes que requieran procesamiento acelerado incurrirán en una tarifa adicional de \$25.

Iniciales: _____

He leído y comprendo completamente la póliza financiera establecida por **Preferred Foot and Ankle Specialists**, y acepto que los términos de esta póliza financiera pueden ser modificados por la clínica en cualquier momento sin notificación previa.

Nombre impreso del paciente o garante

_____ Fecha: _____

Firma del paciente o garante



RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

LA PRIVACIDAD DE SUS REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN PERSONAL ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS. LA DOCUMENTACIÓN DE SU INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO/SERVICIOS MÉDICOS SON CREADOS PARA PODER DARLE EL MEJOR TRATAMIENTO Y CUMPLEN CON LAS REGLAS DE HIPAA. PREFERRED FOOT AND ANKLE SPECIALISTS/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE PUEDE COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA SU TRATAMIENTO, O AL PERSONAL DE SALUD Y PARA OBTENER CUALQUIER AUTORIZACIÓN/PRE-CERTIFICACIÓN.

RECONOZCO QUE UNA COPIA COMPLETA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PREFERRED FOOT AND ANKLE/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE ESTÁ DISPONIBLE EN SUS SITIOS WEB RESPECTIVOS, Y LA OFICINA PUEDE DARMER UNA COPIA IMPRESA A MI SOLICITUD.

Nombre del Paciente/Fecha

Padre/Guardián/Representante Legal

Firma

CUALQUIER INFORMACIÓN QUE NO DESEE QUE COMPARTAMOS DEBE SER ESPECIFICADA POR ESCRITO. CUALQUIER INFORMACIÓN QUE SE SOLICITE QUE COMPARTAMOS A ALGUIEN MÁS, ADEMÁS DE UN MÉDICO, DEBE SER SOMETIDA A NOSOTROS POR ESCRITO.

POR FAVOR, ESCRIBA LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS A LAS QUE LES DA PERMISO A NUESTRA OFICINA PARA HABLAR O OBTENER COPIAS DE SU HISTORIAL MÉDICO/CONDICIÓN MÉDICA.

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Yo, el abajo firmante, padre/guardián de _____, un menor de edad, autorizó y ordenó a Pediatric Foot & Ankle que brinde atención médica.

Iniciales: _____

Consentimiento de los Padres o Guardianes de Personas Autorizadas

Como padre biológico o padrastro/guardián de _____, doy permiso para que las personas enumeradas abajo traigan a mi hijo para recibir tratamiento y/o atención.

POR FAVOR SELECCIONE UNA DE LAS RESPUESTAS:

_____ **Iniciales:** Otorgó permiso total, lo que significa que las personas enumeradas a continuación podrán aceptar los tratamientos y conocer todo el historial de salud relacionado con mi hijo.

_____ **Iniciales:** Otorgó permiso, lo que significa que las personas enumeradas a continuación solo pueden traer y tendrán acceso a todo el historial médico, pero no pueden aceptar el tratamiento sin mi consentimiento directo.

_____ **Iniciales:** Otorgó un permiso limitado, lo que significa que las personas mencionadas a continuación pueden traer a mi hijo/a a la consulta, pero no tienen acceso a su información médica ni a su tratamiento. Se me informará de los resultados de la consulta y se me notificará antes de cualquier tratamiento para mi hijo/a.

Por favor, enumere a la(s) persona(s) aquí:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Consentimiento para Dejar Mensaje de Voz:

Autorizo a Pediatric Foot & Ankle a dejar mensajes telefónicos sobre la salud de mi hijo/a en los números proporcionados en el formulario de registro. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que se revoque por escrito.

Firma del Padre/Guardián

Fecha



Póliza para Padres Divorciados o Separados

Como cortesía en la atención del menor, solicitamos que los padres **NO** coloquen a nuestra oficina en medio de desacuerdos familiares. Confiamos en que los padres mantendrán un ambiente tranquilo, profesional y atento dentro de nuestra práctica.

1. **La ley del estado de Arizona** establece que ambos padres, ya sean custodios o no custodios, tienen derecho a los registros médicos del menor y a la información relacionada con su atención. Si la madre o el padre solicita información, atenderemos dicha solicitud.
2. Si la madre o el padre cuenta con una orden judicial que limite el rol del otro progenitor, solicitamos que se proporcione una copia de dicho documento junto con una carta del abogado que describa las obligaciones legales de nuestra oficina.

Iniciales: _____

3. Si un padrastro o madrastra traerá al menor a la cita, uno de los padres legales deberá proporcionar un consentimiento por escrito. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento si se notifica por escrito.
4. Es responsabilidad de los padres comunicarse entre sí acerca de la visita del menor, las fechas de las citas, las recomendaciones de tratamiento y otros asuntos relevantes. No nos comunicaremos con el otro padre para discutir la visita o los pagos pendientes debido a la falta de comunicación entre los padres.
5. El padre o madre que traiga al menor a la cita es responsable de todos los copagos y pagos de deducible del seguro al momento del servicio, incluso si el otro padre figura como titular principal de la póliza. Por favor, no solicite que nuestra oficina cobre pagos a un padre que no esté presente o que pueda no estar al tanto de la visita. Además, si existen sobre pagos o créditos en la cuenta, indique por escrito a qué padre se le debe emitir cualquier reembolso.

Iniciales: _____

6. En situaciones en las que los padres no estén de acuerdo sobre el tratamiento médico (por ejemplo, si obtener o no ortesis/plantillas o realizar una cirugía), pospondremos el tratamiento recomendado hasta que exista un acuerdo entre ambos padres.
7. **Otras situaciones que no serán toleradas:**
 - a. Un padre programa citas y el otro las cancela.
 - b. Un padre solicita que escribamos o digamos comentarios negativos sobre el otro padre.



- c. Padres que discuten o generan conflictos dentro de nuestras oficinas.
- d. Cualquier otro comportamiento que interfiera con nuestra capacidad de brindar la mejor atención médica posible a todos nuestros pacientes en un entorno seguro y tranquilo.
- e. Cambiar información demográfica, dirección de correo electrónico o número de teléfono preferido sin notificar al otro padre.

Agradecemos sinceramente la confianza que depositan en nosotros para trabajar juntos en el mejor interés de la salud de su(s) hijo(s).

Nombre del menor y fecha de nacimiento

Nombre del padre/madre (letra de imprenta)

Firma del padre/madre

Fecha