



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:

☐ ARTHRITIS	☐ ASMA	☐ TDA/TDAH
☐ AUTISMO	☐ DOLOR ÓSEO/ ARTICULAR	☐ SANDGRADO
☐ PARALISIS CEREBRAL	☐ CARDIOPATIA CONGENITA	☐ FIBROSIS QUISTICA
☐ DIABETES	☐ SINDROME DE DOWN	☐ SOPLO CARDIACO
☐ DISPLASIA DE CADERA	☐ INFECCIÓN ÓSEA/ ARTICULAR	☐ LIGAMENTO LAXITUD
☐ CONVULSIONES/EPILEPSIA	☐ ESPINA BIFIDA	☐ ESGUINCE/LUXACIÓN
☐ 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:

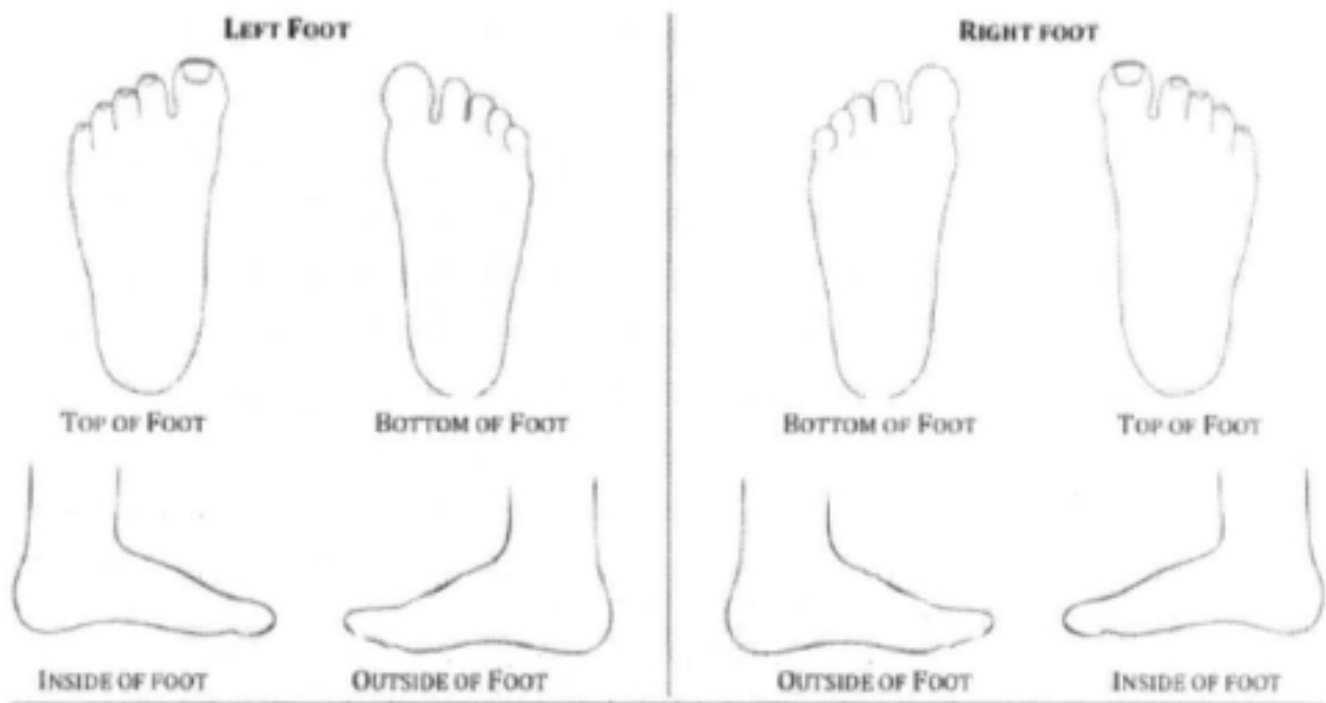
EL PROBLEMA FUE CAUSADO POR UNA LESIÓN? **SI / NO**

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



POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir Preferred Foot and Ankle Specialists/Pediatric Foot and Ankle como su podólogo preferido. Estamos comprometidos a brindarle el mejor cuidado posible. Su comprensión del acuerdo de la póliza financiera es importante. Por favor, lea cuidadosamente y escriba sus iniciales y firme donde se indique. Se le dará una copia a su solicitud.

Seguro: Como cortesía, Preferred Foot & Ankle Specialists/Pediatric Foot and Ankle verificará sus beneficios. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su aseguradora, que incluye copagos, deducibles, coseguro y servicios no cubiertos. La cobertura, los beneficios y las cotizaciones proporcionadas no son una garantía de pago o cobertura y pueden cambiar. **Si su compañía de seguros no paga a la práctica dentro de 60 días, el saldo adeudado se le facturará automáticamente a usted.**

Iniciales: _____

Prueba de Seguro: Facturamos a su seguro con la información que nos comparte. Su falta de compartir información correcta podría resultar en la denegación de la reclamación. Si esto ocurre, usted asume la responsabilidad del total de la reclamación. Si más tarde recibimos un pago de su seguro, le reembolsaremos cualquier sobrepago. Si es necesario, obtener la referencia adecuada de su Doctor primario es su responsabilidad. La falta de una referencia válida significa que el paciente será responsable de pagar la cantidad total o deberá reprogramar la cita.

Iniciales: _____

Copagos y Deducibles: Todos los copagos, deducibles y coseguro deben pagarse en el momento del servicio. No facturamos los copagos. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. El no cobrar los pagos en el momento del servicio puede considerarse fraude.

Iniciales: _____

DME: Si se prescribe/dispensa algún DME (botín de yeso/férula nocturna/férula para tobillo) en el momento del servicio, cobramos nuestra tarifa ajustada según su seguro. Si se realiza un sobrepago, se le emitirá un reembolso una vez que la reclamación haya sido procesada por su compañía de seguros.

Iniciales: _____

Pago: Se espera el pago en el momento de su visita. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, tarjetas de crédito y CareCredit. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, coseguro, copago y cargos no cubiertos por su compañía de seguros. Después de 90 días de no pago, las cuentas pueden estar sujetas a nuestro proceso de cobranza.

Iniciales: _____

Si circunstancias especiales hacen que el pago inmediato sea imposible, los arreglos de pago deben ser aprobados previamente por nuestro departamento de facturación.

Servicios No Cubiertos: Tenga en cuenta que algunos o todos los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados médicamente necesarios por su compañía de seguros. Cualquier servicio determinado como no cubierto por su plan será su responsabilidad.

Iniciales: _____

Pacientes Pediatras: El padre o adulto acompañante es responsable de cualquier pago de copagos, deducibles o coseguro en el momento de la cita.

Iniciales: _____

Citas Perdidas: Agradecemos un aviso con 24 horas de antelación en caso de cancelación o reprogramación de cita. El no notificar resultará en una tarifa de \$50 por no presentarse. Varias ausencias o cancelaciones podrían resultar en una tarifa de \$75. **Iniciales:** _____

Formas/Documentos: Cualquier papeleo de FMLA/discapacidad y/o formas adicionales que deban ser completados por los proveedores tendrá una tarifa de \$25 por completarlos. Esto excluye cualquier nota de trabajo/nota escolar.

Iniciales: _____

HE LEÍDO Y COMPRENDO COMPLETAMENTE LA POLÍTICA FINANCIERA ESTABLECIDA POR PREFERRED FOOT AND ANKLE SPECIALIST/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE. ACEPTO QUE, SI SE VUELVE NECESARIO REMITIR MI CUENTA A UNA AGENCIA DE COBRANZA, TAMBIÉN SERÉ RESPONSABLE DE LA TARIFA COBRADA POR LA AGENCIA POR LOS COSTOS DE COBRANZA, ADEMÁS DEL MONTO ORIGINAL ADEUDADO. ENTIENDO Y ACEPTO QUE LOS TÉRMINOS DE ESTA POLÍTICA FINANCIERA PUEDEN SER MODIFICADOS POR LA PRÁCTICA EN CUALQUIER MOMENTO SIN NOTIFICACIÓN PREVIA AL GARANTE.

Nombre del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Firma del Paciente o Persona Responsable



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 DARMEN 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