

FORMULARIO MEDICO

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Razon de su visita _____ Derecho/Izquierdo/Bilateral (circule uno)

¿Cuánto tiempo hace que tiene el problema? _____ ¿Cuándo ocurre? Mañana Tarde Noche Va y viene Todo el día

Tratamientos: Escriba todos los tratamientos previos (ya sean prescritos o remedios caseros):

¿Esta visita está relacionada con un accidente/lesión? **S** **N** En caso de respuesta positiva, fecha de la lesión _____

Antecedentes Médicos: indique: **U** (usted), **P** (padre), **M** (madre), **Ha** (hermana), **Ho** (hermano), **A** (abuelo), **OMF** (otro miembro familia)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adicción/dependencia droga/alcohol | <input type="checkbox"/> GERD (Reflujo)/Úlceras GI (círcule uno) | <input type="checkbox"/> Embarazo: ¿Está embarazada ahora? Fecha de parto: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Migrañas | <input type="checkbox"/> Mala circulación/PVD |
| <input type="checkbox"/> Anemia – tipo _____ | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática/Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Arritmias – tipo _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/problemas corazón | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Artritis - tipo _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C/Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Asma - circule uno (adulto o niño) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> ETS (Enfermedad transmitida sexualmente) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado/coágulos -tipo _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad Célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - tipo _____ | <input type="checkbox"/> VIH/ Sida/ARC | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT |
| <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo/Ansiedad/Depresión bipolar/otro | <input type="checkbox"/> Riñones/Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides (Híper__ Hipo__) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (¿por cuánto tiempo? _____) | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar/ Émbolo pulmonar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Otro, especificar _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Condición nerviosa (¿tipo?) _____ | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia (círcule uno) | |
| | <input type="checkbox"/> Flebitis (coágulos de sangre en las piernas) | |

Antecedentes quirúrgicos: S N En caso que la respuesta sea sí, escriba las cirugías que ha tenido en los últimos 7 años:

Hospitalización: S N En caso de sí, escriba: _____

Complete las siguiente preguntas:

USO DE ALCOHOL:

TABACO:

¿Alguna vez ha bebido o bebe bebidas alcoholicas? S N

¿Fuma o ha fumado? S N

¿Cuántas bebidas consume en un día? _____ ¿Semana? _____

En caso de sí, ¿hace cuántos años? _____ ¿Hace cuánto que lo dejó? _____

¿Hace cuánto tiempo que lo dejó? _____

Uso recreacional de las drogas:

¿Alguna vez ha usado drogas recreacionales/ilícitas? SÍ NO

En caso de sí, ¿cuáles? _____ ¿Hace cuánto que dejó? _____

Edad _____ Peso _____ Altura _____ Talla de zapato _____

Medicamentos: Escriba (o adjuntar una lista) de sus medicamentos actuales y sus dosis incluyendo medicamentos de venta libre:

Alergias: ¿Tiene antecedentes de alergias/reacciones en la piel/malestar luego de la administración de alguno de los siguientes?:

	S	N	** En caso de SÍ, escriba la REACCIÓN	S	N	** En caso de SÍ, enumere la REACCIÓN
Cinta adhesiva	___	___	_____	___	___	_____
Anestesia	___	___	_____	___	___	_____
Aspirina	___	___	_____	___	___	_____
Cafeína	___	___	_____	___	___	_____
Codeína	___	___	_____	___	___	_____
Cortisona	___	___	_____	___	___	_____
Demerol	___	___	_____	___	___	_____
						Otro, porfavor escriba: _____

Firma del paciente/ persona responsable _____ Fecha _____

Relación (si no es el paciente) _____

Autorización del Paciente y Asignación de Beneficios: Yo autorizo el procesamiento del seguro médico por método manual o electrónico por parte de FASMA, LLC, y su compañía de administración U.S. Foot and Ankle Specialist, LLC (USFAS). Mi firma autoriza el pago de todos los equipos médicos duraderos y/o suministros médicos más importantes y/o beneficios médicos a los que tengo derecho de la(s) aseguradora(s) mencionada(s) antes y/o proporcionando mis tarjetas del seguro en el consultorio para pagar por servicios rendidos por FASMA, LLC. Yo aseguro que la información, que he presentado en relación a mi cobertura del seguro médico es correcto y además autorizo que mi información sea compartida si llegara ser necesario, incluyendo información médica para este y cualquier otro reclamo relacionado. Autorizo que FASMA se comunique al ser necesario por mi número de teléfono, vía correo electrónico o por texto permitido por el FCC. Autorizo que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Reconozco mi obligación financiera ante todo balance, coseguro, deducible y servicios no cubiertos que pueden ser requeridos.

Consentimiento Para el Tratamiento: Certifico que la información dada /proveída es verdadera y correcta según mi entender. He sido informado que si no estoy seguro sobre alguna de las preguntas en el formulario, debo preguntar al médico o personal para que me asistan. Con mi firma, autorizo a que Foot and Ankle Specialists of the Mid-Atlantic, LLC pueda obtener mis antecedentes de medicamentos de las farmacias de la comunidad y/o gerentes de beneficios de farmacias con el fin de llevar a cabo un tratamiento continuo. Autorizo a Foot and Ankle Specialists of the Mid-Atlantic, LLC a administrar y llevar a cabo los procedimientos que considere necesarios en el diagnóstico y/o tratamiento de mis pies, tobillos y parte inferior de las piernas.

Consentimiento Para el Tratamiento de menores en ausencia de padre/guardian: Yo certifico ser el padre/guardian legal de _____ . Yo autorizo a _____ traer a mi hijo/a a las consultas médicas con los doctores de FASMA y doy consentimiento de examen médico y/o tratamiento para mi hijo/a. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Consentimiento a fotografía/filmación/video: Yo autorizo a los doctores y asociados o asistentes a tomar fotografías/filmar/videos del área de tratamiento. Detalles de fotografías/filmación/video han sido explicadas en términos que yo entiendo. Yo entiendo que las fotografías/filmación/videos son propiedad de FASMA, y puedo obtener una copia por escrito. Yo estoy de acuerdo y autorizo el uso de fotografías/filmación/videos para propósitos de enseñanza que incluyen ser demostrados a otros pacientes, en la propaganda de FASMA, o ser publicado/a en el sitio web profesional de FASMA. Yo entiendo que mi nombre y identidad no será divulgado. Yo niego consentimiento al uso de mis fotografías/filmación/video poniendo mis iniciales aquí: _____

Firma del paciente/ persona responsable _____ Fecha _____ Relación
(si no es el paciente) _____

POLIZA FINANCIERA

Bienvenido a Foot and Ankle Specialists of the Mid-Atlantic, LLC y gracias por elegir nuestro consultorio. Estamos comprometidos para brindarle la mejor atención posible. Si tiene seguro médico, queremos ayudarlo a que reciba los beneficios máximos posibles. Para poder alcanzar estos objetivos, necesitamos su ayuda y comprensión sobre nuestra Póliza.

1. Su seguro es un contrato entre usted y la compañía aseguradora. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su plan por alguno o todos los servicios. No podemos garantizar el pago de sus reclamos, que nosotros presentamos. Los presentamos como una cortesía ante usted pero su compañía aseguradora no nos dará garantía de su cobertura. Si su compañía aseguradora paga solo una parte de su reclamo o rechaza el mismo, usted y/o su titular de la póliza deberán realizar los trámites pertinentes ante la compañía aseguradora. La demora en el pago o el rechazo del reclamo por parte de su compañía aseguradora no lo libera de la obligación financiera en la que ha incurrido. Los saldos mayores a 30 días están sujetos a una comisión de \$5.00 por mes. Los cheques devueltos a una comisión de \$35.00. Estas comisiones tienen el fin de cubrir los gastos en los que ha incurrido nuestra oficina.
2. Participamos en un número de planes de seguros de salud. Todos los pacientes deben pagar su copago al momento del ingreso. Los pacientes que no pagan su copago al momento de la visita, deben pagar \$5.00 adicional. Además, los pacientes de HMO deben presentar una autorización/derivación válida del médico de atención primaria al momento del ingreso. Todos los planes de salud no son iguales y no cubren los mismos servicios. En el caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto" o que usted no tenga la autorización, será responsable de los cargos de todo servicio prestado. Intentaremos verificar los beneficios para algunos servicios especializados; sin embargo, usted será responsable de los cargos de todo servicio prestado. Se alienta a que los pacientes se comuniquen con su compañía aseguradora para aclarar el tema de los beneficios antes de que se preste algún servicio. La práctica puede usar una variedad de agencias, puede suministrar información protegida de salud a esa agencia en el caso de que usted no cumpla con sus responsabilidades financieras y si se usa tal agencia, usted será responsable del pago de toda comisión relacionada con el cumplimiento de su responsabilidad financiera.
3. PACIENTES MEDICARE – Nosotros participamos con Medicare. Sin embargo, usted es responsable de su coseguro, deducible, y todos los servicios no cubiertos. Si Medicare le ha suministrado un reembolso de los servicios prestados y si su seguro complementario no responde dentro de los 30 días, entonces usted será responsable del saldo.
4. La presentación de los reclamos del seguro son una cortesía que nosotros extendemos a nuestros pacientes y todos los cargos son su responsabilidad. Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si tales problemas surgen, lo alentamos a que se comunique oportunamente para recibir ayuda en relación a la administración de su cuenta. Aceptamos efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito en concepto de pago.
5. En caso de no asistir a las citas: deberá pagar \$40.00 en caso de no asistir a las citas no canceladas con como mínimo 24 horas previas.
6. Si usted cree que su compañía aseguradora ha cometido un error y no ha tratado sus reclamos correctamente, puede comunicarse con la compañía aseguradora y/o presentar una queja o apelación ante el estado de Maryland, comuníquese con la Administración de Seguros de Maryland al 410-468-2244 y/o la Unidad de Defensa y Educación de la Salud del Poder General de Maryland al 410-528-1840; para Virginia, comuníquese con Comisión Estatal de Personas Jurídicas, Oficina de Seguros de Virginia al 1-877-310-6560; y para el Distrito de Columbia, comuníquese con el Departamento de Seguro, Valores y Bancos al 202-727-8000.

Yo, _____, he leído y comprendo las políticas financieras explicadas. Estas políticas están sujetas a cambiar sin información escrita previamente.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

RESUMEN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Aviso de Prácticas de Privacidad contiene una descripción detallada de cómo nuestra oficina protegerá su información de salud, sus derechos como paciente y nuestras prácticas comunes al tratar con información de salud del paciente de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Información del Seguro Médico (HIPAA).

Usos y divulgaciones de información de salud. Usaremos y revelaremos su información de salud para tratarlo o asistir a otros proveedores de atención de la salud que lo traten. Además revelaremos y usaremos su información de salud para obtener el pago de nuestros servicios o para permitir que las compañías de seguros procesen reclamos del seguro por servicios que nosotros u otros proveedores de atención de la salud han prestado. Finalmente, podemos revelar información sobre su salud para ciertas actividades operacionales limitadas tal como evaluación de calidad, licenciamiento, acreditación y capacitación de estudiantes.

Usos y divulgaciones basados en su autorización. Excepto tal como se describe en mayor detalle en el Aviso de Prácticas de Privacidad, no usaremos o revelaremos su información de salud sin su autorización escrita.

Usos y divulgaciones que no requieren su autorización. En las siguientes circunstancias podemos revelar su información de salud sin su autorización escrita:

- A familiares o amigos cercanos que participan en su atención de la salud;
- Con ciertos fines de investigación limitados;
- Con fines de seguridad y salud pública;
- A agencias del gobierno con fines de auditorías, investigaciones y otras actividades de supervisión;
- A autoridades del gobierno para impedir la violencia doméstica o el abuso infantil,
- A la FDA para informar incidentes o defectos de productos;
- A autoridades de cumplimiento de la ley para proteger la seguridad pública o para ayudar a aprehender a criminales;
- Cuando se solicite mediante una orden de tribunales, orden judicial, citaciones y de alguna otra manera que lo requiera la ley.
- A una agencia de cobros y se puede brindar información protegida de salud a esa agencia en el caso que usted no cumpla con sus obligaciones financieras.

Derechos del paciente. Como paciente nuestro, usted tiene los siguientes derechos:

- Tener acceso a y/o una copia de su información de salud;
- Recibir un resumen de ciertas divulgaciones que hayamos realizado de su información de salud;
- Solicitar restricciones sobre cómo se usa o se revela su información de salud;
- Solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial;
- Solicitar que enmendemos su información de salud;
- Recibir aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Si tiene preguntas, dudas o reclamos sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con Administrador al 301-933-7133 o a PrivacyOfficer@footandankle-usa.com

Yo, _____, reconozco que me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que la he leído o he tenido la oportunidad de leerla para elegir y comprender el Aviso. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Con mi firma abajo, autorizo a Foot and Ankle Specialists of the Mid-Atlantic, LLC a obtener los Antecedentes de medicamentos relacionados con el paciente antes mencionado, de farmacias comunitarias y/o gerentes de beneficios de farmacias con el fin de realizar un Tratamiento continuado. Además autorizo a la persona siguiente tener acceso a mi información de salud personal si es necesario (Incluyendo mensaje de voz):

Esposo/a Otro: Nombre/relación: _____ Numero de teléfono: _____

Firma del paciente o Representante Legal

Fecha

REVISIONES DE SISTEMAS

Porfavor marque los siguientes sintomas que tenga ahora o hay tenido alguna vez:		
GENERAL/CONSTITUCIONAL:	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal?	<input type="checkbox"/> Perdida de pelo en as piernas o pies?
<input type="checkbox"/> Fatiga?	<input type="checkbox"/> Nausea?	NEUROLOGICO:
<input type="checkbox"/> Debil?	<input type="checkbox"/> Vomito?	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza?
<input type="checkbox"/> Fiebres?	<input type="checkbox"/> Dolor estomacales?	<input type="checkbox"/> Mareos?
<input type="checkbox"/> Escalofrios?	<input type="checkbox"/> Ictericia Amarilla?	<input type="checkbox"/> Desmayos o pierde la conciencia?
<input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos?	RINONES /ENFERMEDAD RENALES:	<input type="checkbox"/> Dormido, hormigueo o ardor? Donde?
<input type="checkbox"/> Malestar?	<input type="checkbox"/> Frecuentemente dolores al orinar?	PSIQUIATRICO:
OJOS:	<input type="checkbox"/> Sangre al orinar o en la orina?	<input type="checkbox"/> Depresión?
<input type="checkbox"/> Dolor?	MUSCOLOESQUELETICO:	<input type="checkbox"/> Estrés?
<input type="checkbox"/> Sus ojos se le ponen rojos?	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda?	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Perdida de visión?	<input type="checkbox"/> Dolor en las piernas?	ENDOCRINO:
<input type="checkbox"/> Tiene doble visión o ve borroso?	<input type="checkbox"/> Dolor en los pieses?	<input type="checkbox"/> Sed excesiva?
<input type="checkbox"/> resequedad?	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones?	<input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos?
OIDOS, NARIZ Y GARGANTA:	<input type="checkbox"/> Dolor en los huesos?	<input type="checkbox"/> Glandulas inflamadas?
<input type="checkbox"/> Le zumban los oidos?	<input type="checkbox"/> Dolores musculares?	<input type="checkbox"/> Aumento de peso? Cuanto?
<input type="checkbox"/> Perdida de la audicion?	<input type="checkbox"/> Hinchazon en las piernas?	<input type="checkbox"/> Perdida de peso? Cuanto?
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente?	<input type="checkbox"/> Inflamacion de articulaciones?	HEMATOLOGICO/LINFATICO (SANGRE):
<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Rigidez en las articulaciones?	<input type="checkbox"/> Anemia?
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar?	<input type="checkbox"/> Cambio para caminar?	<input type="checkbox"/> Coagulos?
<input type="checkbox"/> Dolor en la mandibula?	<input type="checkbox"/> Dificil subir las escaleras?	<input type="checkbox"/> Problemas al desangrar?
<input type="checkbox"/> Sangramiento de nariz?	<input type="checkbox"/> Perdida de fuerza en las piernas?	ALLERGIA/ IMMUNOLOGICO:
CARDIOVASCULAR:	<input type="checkbox"/> Cojea al caminar?	<input type="checkbox"/> CUESTA CURARSE?
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Los zapatos se desgastan rrapido?	<input type="checkbox"/> Alergia a tintes?
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Los zapatos de desgastan de manera desigual?	<input type="checkbox"/> Alergia a comida?
<input type="checkbox"/> Hinchazon de piernas o de pies?	INTEGUMENTARIO/PIEL:	<input type="checkbox"/> Alergia a medicina?
<input type="checkbox"/> Desmayos?	<input type="checkbox"/> Piel excesivamente sensible al exponerse al sol?	OTROS/NOTAS:
RESPIRATORIO:	<input type="checkbox"/> Sarpullido en la piel?	
<input type="checkbox"/> Falta de respiración?	<input type="checkbox"/> Verrugas en los pies?	
<input type="checkbox"/> Tos?	<input type="checkbox"/> Lunares, bultos o golpes en los pies?	
GASTROINTESTINAL/ESTOMAGO:	<input type="checkbox"/> Piel agrietada o excesivamente reseca?	
<input type="checkbox"/> Tiene heces oscuras?	<input type="checkbox"/> Llagas en los pies?	
<input type="checkbox"/> Tiene heces con sangre?	<input type="checkbox"/> Areas en los pies descolarizados?	
<input type="checkbox"/> Aumento del estreñimiento?	<input type="checkbox"/> Callos o granos en los pies?	
<input type="checkbox"/> Diarrea persistente?	<input type="checkbox"/> Problemas con sus unas de los pieses?	