

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No. Archivo: _____
Sexo: __ H __ M Estado Civil: __ Soltero(a) __ Casado(a) __ Divorciado(a) __ Viudo(a) SS#: _____
E-mail: _____ Contacto De Emergencia: _____
Telefono: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
N. De Telefono Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____
Empleador: _____ Telefono: _____
Direccion De Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
1 Practica: PAYMAN RABIEI, DPM Fecha de Hoy: _____

Seguro Primario: _____ Es Usted El Asegurado? __ Si __ No

Informacion Del Asegurado

Nombre Del Inscrito(a): _____ Relacion Con El Asegurado(a): __ Esposo(a) __ Hijo(a) __ UD __ Otro
N. Telefono: _____ Sexo: __ Hombre __ Mujer Fecha De Nacimiento: _____
Direccion: _____
No. de poliza: _____ Grupo ID: _____ Empleador: _____

Seguro Secundario: _____ Es Usted El Asegurado? __ Si __ No

Informacion Del Asegurado

Nombre Del Inscrito(a): _____ Relacion Con El Asegurado(a): __ Esposo(a) __ Hijo(a) __ UD __ Otro
N. Telefonico _____ Sexo: __ Hombre __ Mujer Fecha De Nacimiento: _____
Direccion: _____
No. de poliza: _____ Grupo ID: _____ Empleador: _____

Como se entero usted de nuestra oficina? __ Doctor __ Internet __ Guia Telefonica __ Familiar __ Amigo __ Otra

Forma: _____

Cual es la razon por su visita? _____

Hace cuanto siente esa molestia? 1 2 3 4 5 6 7 __ Dias __ Semanas __ Meses __ Anos

Que tratamientos ha intentado, han sido efectivos? _____

En una escala del 1-10 (1 indicando que no tiene dolor y 10 indicando dolor maximo) cual es el grado de dolor? ____/10

El tipo de dolor es: __ Ardor __ Constante __ Profundo __ Agudo __ Punzante __ Escalado __ Cosquilleo __ Otro: _____

POR FAVOR LEA Y FIRME

La informacion provista anteriormente es correcta a mi mejor conocimiento. Entiendo que durante mi tratamiento yo soy responsable de notificar al doctor y los empleados de cualquier cambio de la informacion descrita anteriormente.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Historia Medica:

Higado Alcoholismo Desordenes Sanguineos Problemas Circulatorios Fatiga Muscular
 Soplo Cardiaco Sueno interrumpido Gota Alergias Problemas de Corazon
 Coagulo Sanguineo Estomago Depresion Ansiedad Enfermedades Mentales
 Neuropatias(Especificar) _____ Colesterol Alto Tiroides(Especificar) _____
 Presion Alta Cancer Artritis (Especificar) _____ Otro (Especificar) _____
 Diabetes (tipo 1 tipo 2) Problemas respiratorios Hepatitis SIDA Asma Embolia Desordenes de Piel Rinones Enfermos
Esta embarazada? Si No **Lactando?** Si No

Ho. Archivo: _____

Historia Operativa Ninguna Apendicitis Cesarea Angioplastia Cataratas Colonstomia

Ha tenido usted alguna cirugia en sus pies/tobillos o alguna parte de su cuerpo? No Si

Si la respuesta es Si, Especifique _____

Tiene usted articulaciones artificiales? Si (Donde? _____) No

Tiene usted alguna valvula del Corazon artificial? Si No

Historial Social

Usted Fuma? Si No Si fuma cuantos paquetes al dia? 1 2 3 4 5 Por cuanto tiempo? _____

Toma usted bebidas alcoholicas? Si todos los Dias (5-7 dias/ semana) Si ocasional/social No

Abuso de Drogas: Si, Tengo un problema de abuso de drogas. Favor especificar: _____

Si, Tuve en el pasado problemas de abuso de drogas. Favor especificar: _____

No, Nunca he tenido problemas de abuso de drogas.

Cual es su ocupacion? _____ Requiere su trabajo estar de pie sentado

Hace usted ejercicios? No, no hago ejercicios regularmente Si, hago los siguientes ejercicios regularmente: _____

Historial Familiar Hay alguien en su familia con: (Por favor indicar cual familiar padece la enfermedad)

<input type="checkbox"/> Alzheimer	_____	<input type="checkbox"/> Depresion	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Trastornos sanguineos	_____	<input type="checkbox"/> Enfisema	_____
<input type="checkbox"/> Coagulo	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon	_____
<input type="checkbox"/> Cancer	_____	<input type="checkbox"/> Presion Alta	_____
<input type="checkbox"/> Cataratas	_____	<input type="checkbox"/> Desorden Neurologico	_____
<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios	_____	<input type="checkbox"/> Embolia	_____
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	_____		

Revisión del sistema fisiológico: (Favor indicar si tiene alguno de estos sintomas o indique ninguno)

Cardiovascular dolor en las piernas al caminar fiebre dolor en el pecho/presion hinchazon en las piernas manos o pies frios
 desmayos palpitaciones enfermedad cardiovascular problemas en las valvulas cardiacas NINGUNO

Urinario sangre en la orina retencion urinaria incontinencia urgencia urinaria disminucion de la frecuencia
 exceso en flujo de orina enfermedades de los rinones piedras en los rinones NINGUNO

Gastrointestinal dolor abdominal acidez Sangre en eses fecales vomitos ulcersas constipacion diarrea
 dificultad al degluir poco apetito mucho apetito NINGUNO

Dermatologico pie de atleta abnormalidades en las unass queloides picazon piel reseca o escamosa NINGUNO

Hematologico ulcersas en los tobillos anemia plastica anemia anticoagulantes flebitis NINGUNO

Neurologico hormigueo debilidad convulsiones entumecimiento dolores de cabeza temblores paralisis NINGUNO

Musculosqueletico dolor de espalda inflamacion de las articulaciones debilidad muscular dolor muscular dolor de cuello
 ciatica rigidez en las articulaciones dolor en las articulaciones inestabilidad artritis NINGUNA

Respiratorio dolor de pecho resuello COPD tos roncar falta de aire enfisema NINGUNA

POR FAVOR LEA Y FIRME

La informacion provista anteriormente es correcta a mi mejor conocimiento. Entiendo que durante mi tratamiento yo soy responsable de notificar al doctor y los empleados de cualquier cambio de informacion.

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **No. Archivo:** _____

Raza: _____ No sabe No responde

Grupo Etnico: _____ No sabe No responde

Idioma: _____ No sabe No responde

Nombre de la Farmacia: _____ No. Farmacia _____

Direccion: _____

Doctor General: _____ No. Telefonico _____ Ultima visita? _____

Direccion: _____

Doctor Referente: _____ No. Telefonico _____ Ultima visita? _____

Direccion: _____

Practica: PAYMAN RABIEI, DPM

FECHA: _____

Preferencia De La Privacidad De Informacion

Desea ser tomado en cuenta en los reportes publicos? Si No Podemos enviar correspondencia a su direccion? Si No

Podemos llamar el numero de telefono en su archivo? Si No Podemos dejar mensajes en correo de voz? Si No

Nos da permiso de enviar recordatorios y boletines via correo electronico? Si No

Si podemos, favor proveer direccion electronica: _____

Con quien podemos dejar mensajes? Esposo(a) Hijo(a) Otros: _____

Nombre(s): _____

Tabaquismo

Fumador diario No fuma

Fumador esporadico No sabe/No responde

Antiguo fumador

Signos Vitales

Presion Sanguinea: _____ / _____

Estatura: _____ Peso: _____

Medicamentos En Uso

No estoy tomando medicamentos

Tomo los siguientes medicamentos

Nombre: _____ Dosificacion _____

Nombre: _____ Dosificacion _____

Nombre: _____ Dosificacion _____

Nombre: _____ Dosificacion _____

Nombre: _____ Dosificacion _____

Nombre: _____ Dosificacion _____

Use la parte de atras de este formulario si necesita mas espacio.

Alergias

No tengo alergias No tengo alergias a medicamentos

Nombre: _____ Reaccion _____

Nombre: _____ Reaccion _____

Nombre: _____ Reaccion _____

Nombre: _____ Reaccion _____

Nombre: _____ Reaccion _____

Nombre: _____ Reaccion _____

Nombre: _____ Reaccion _____

Nombre: _____ Reaccion _____

POR FAVOR LEA Y FIRME

La informacion provista anteriormente es correcta a mi mejor conocimiento. Entiendo que durante mi tratamiento yo soy responsable de notificarle al doctor y los empleados de cualquier cambio de la informacion descrita arriba. (Asignacion de beneficios) Yo autorizo el pago de beneficios medicos a la practica mencionada anteriormente. (Liberacion de Informacion) Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar la factura. (HIPAA Privacy) Yo reconozco que he recibido el reglamento de privacidad HIPAA. (Historia Medicamentosa) Yo autorizo a esta oficina para acceder a mi historia medicamentosa.

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Metropolitan Foot Care
94-13 Flatlands Avenue
Suite E 201
Brooklyn, NY 11236
Tel: 718-649-6464 Fax: 718-649-6426

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Responsabilidad Del Paciente

- Usted es responsable de proporcionar la información financiera necesaria y correcta para cada miembro de familia en el momento de la visita.
- Si su compañía de seguro requiere que elija un proveedor de atención primaria (PCP). Es **su responsabilidad** antes de su visita asegurarse la tenencia de la autorización o el referido.
- Nuestro personal financiero está disponible para ofrecerle ayuda, pero no puede resolver disputas entre usted y su compañía de seguros.

Copagos

- Su compañía de seguros requiere que usted cancele su copago en el momento de cada visita.
- El copago se paga con efectivo solamente.
- Si usted no tiene cobertura de seguro se espera que pague en el momento de su visita.
- Si no podemos verificar su cobertura de seguro en el momento de su visita, se requiere un mínimo de depósito de \$50.00 por visita que será reembolsado al recibir el pago del seguro.

Deducibles

- Es su responsabilidad entender el deducible que pueda aplicarse bajo las regulaciones de su póliza de seguro.
- Nuestro departamento financiero le enviará una cuenta donde se incluirá el monto que su compañía de seguros ha determinado se aplique a su deducible, y es adeudado por usted.

Información del Seguro

- Es su responsabilidad asegurarse de que nuestra oficina tenga la información correcta sobre su seguro de salud. La presentación de una tarjeta de seguro no valida o inactiva resultará en el pago en efectivo de la visita con lo que pueda incluir.
- El seguro médico no siempre cubre todo el costo de una visita médica. Si creemos que un servicio ofrecido no está cubierto por su seguro, le informaremos. Pero en algunos casos, no nos enteramos hasta después de que sometemos una factura. Usted sería por lo tanto, responsable del pago si su compañía de seguros se negara a pagar por el servicio.

Domicilio y Teléfono

- Se le pedirá que complete un formulario de registro. Por favor, complete este formulario en su totalidad, y manténganos informados de **cualquier** cambio en las subsiguientes visitas.
- Es importante que tengamos la información exacta sobre el apoderado. Esta es la persona que es financieramente responsable de las finanzas del hogar.

Asignación y Permisos

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de sus prestaciones. Autorizo el uso de esta firma en todas las prestaciones de seguro. Los cambios recientes en las regulaciones de seguros acortan los plazos para la presentación de reclamaciones. Estoy de acuerdo en hacerme responsable de los gastos adjudicados por mi seguro para con **Metropolitan Foot Care P.C.** dentro de treinta días a partir de la fecha de hoy por los servicios no cubiertos o denegados por la póliza de seguro.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Paciente o Apoderado _____