



The Foot Institute

Efren Buff De La Rosa, DPM, FACFAS
Duane Galindo, DPM

LOCAL:
[] 114 W. Castellano Dr
[] 8815 Dyer St., Suite 348

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE - ESPAÑOL (Patient Registration Form - Spanish)

Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección: _____
Ciudad, Estado y Zona Postal: _____

Numero de Telefono Primario: [] Celular [] Casa [] Oficina/Trabajo _____
Numero de Telefono Secundario: [] Celular [] Casa [] Oficina/Trabajo _____

Contacto de Emergencia: _____
Numero de Telefono de Emergencia: _____
Relación a Paciente: [] Espos(a) [] Pareja [] Amigo(a) [] Otro(a): _____

Fuente de referencia: _____ (cartelera, sitio web, oficina de doctor, etc.)

Nombre de Medico Primario: _____
Numero de Telefono de Primario: _____ Fecha de Ultima Visita con su Primario: _____

Seguro Primario: _____ Número de identificación de miembro: _____

Seguro Secundario: _____ Número de identificación de miembro: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR: Solicito y doy mi consentimiento al Instituto y al Médico del Pie para evaluar, proporcionar el (los) tratamiento(s) y para realizar atención médica/quirúrgica, pruebas, procedimientos, medicamentos y todos los demás servicios que los médicos y el personal clínico consideren necesarios o beneficiosos. Reconozco que no se me han hecho ni confiado representaciones, garantías o garantías con respecto a los resultados o curas.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA RECLAMACIONES: Autorizo a The Foot Institute (TFI) y al médico(s) a divulgar información de mi expediente médico a mi seguros, agencias gubernamentales y /o mi trabajo en el caso de asuntos relacionados con el trabajo. con el propósito de procesar reclamaciones por beneficios de compensación médica/para trabajadores y estado sobre tales reclamos que mi firma está archivada. Solicito que todas las entidades honren con mi asignación de beneficios de seguro y autoricen que el pago de dichos beneficios se pague directamente a mi médico en mi nombre.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que todas las cuentas son responsabilidad plena del paciente y la parte responsable del paciente garante. Como cortesía, The Foot Institute verifica los beneficios del seguro antes de la cita con el paciente y puede que no garantice el pago de los servicios médicos proporcionados. Entiendo que es responsabilidad del paciente asegurarse de que todos los pagos se procesen y paguen de inmediato a mi médico. Estoy de acuerdo y prometo pagar todos y cada uno de los saldos pendientes de pago, incluidos, entre otros, los intereses legales de los saldos adeudados, los honorarios / costos de cobro y los honorarios razonables de los abogados incurridos para efectuar el cobro de esta cuenta o cuentas futuras.

CITAS PROGRAMADOS/SIN HONORARIOS: Las citas programadas para los pacientes son valiosas para nosotros aquí en The Foot Institute y, como consultorio especializado, los horarios de los horarios son muy limitados y, por lo tanto, son honrados. Le pedimos que por favor denos un aviso de 24 hours si no puede mantener su cita programada. Si no lo haces, seultara en un cuota de \$25 dolares por no ser evaluado(a). Por favor, que llegar temprano a su cita no garantiza que el medico lo vea antes de sue hora programada. Los pacientes son vistos y llamados en orden por el momento de la cita. Entendemos las emergencias y otros incidents imprevistos pueden ocurrir. Cuando llegue tarde por 15 minutos o menos, por favor informenos llamandonos. Se retrasa mas de 15 minutos, su cita sera repogramada a la siguiente franja noraria disponible.

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He leído el Aviso laminado de Notificación de Prácticas de Privacidad y entiendo que mi información medica protegida puede ser utilizada por el consultorio tal como se describe en el aviso y puedo solicitar una copia del aviso en el momento de mi visita.

Paciente/ Guardián legal: _____ Firma _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma de Representante de TFI _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE

(Patient Intake Form – Spanish)

Fecha: _____

Vitals: Temp: _____
BP: _____/_____
Weight: _____
Height: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Razon de la visita/Queja? _____

Referido por PCP (Nombre / Especialidad)? _____ Otro?: _____

Estás experimentando algún dolor? [] Si [] No

Nivel de dolor: [] Leve [] Moderado [] Severo

Tipo de dolor: [] Aburrido [] Agudo [] Hormigueo [] Entumido [] Otro dolor

Tiempo de Dolor: [] 0 – 3 meses [] 3 – 6 meses [] 6 – 12 meses [] 3+ año(s)

Historial médico: Sólo mujeres: ¿Estás embarazada? [] Sí [] No

Fecha de ultima Menstrua? _____ En caso afirmativo, cuánto tiempo? _____

Alergias a los medicamentos? [] No [] Sí En caso afirmativo, indique medicamentos

Usas tabaco? [] Si [] No

Si afirmativo, frecuencia? _____

Bebes cerveza o licor? [] Si [] No

Si afirmativo, frecuencia? _____

Historial médico pasado: Alguna vez ha sido diagnosticado con lo siguiente:

Diabetes:	[] Si	[] No	Alta presión sanguínea:	[] Si	[] No
Artritis:	[] Si	[] No	Problemas del corazón:	[] Si	[] No
Reciente pérdida de peso	[] Si	[] No	Úlceras estomacales	[] Si	[] No
Coágulos de sangre	[] Si	[] No	Problemas de riñón / hígado	[] Si	[] No
Tendencias cicatriciales:	[] Si	[] No	Tendencias de sangrado:	[] Si	[] No
Reemplazo de la articulación	[] Si	[] No	Hepatitis, VIH o SIDA	[] Si	[] No

Historial quirúrgico anterior: Enumere todas las cirugías con fechas que haya tenido?

Antecedentes familiares: Algún miembro de su familia inmediata alguna vez ha sido diagnosticado con lo siguiente:

Diabetes:	[] Si	[] No	Alta presión sanguínea:	[] Si	[] No
Artritis:	[] Si	[] No	Problemas del corazón:	[] Si	[] No
Problemas de riñón/hígado:	[] Si	[] No	Úlceras estomacales	[] Si	[] No
Coágulos de sangre	[] Si	[] No	Hepatitis, VIH o SIDA	[] Si	[] No
Tendencias sangrantes	[] Si	[] No	Tipo de cáncer?	[] Si	[] No

Otros problemas médicos que no hayas mencionado anteriormente? _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del paciente (o tutor legal si el paciente es menor de edad)

Fecha _____

Información tomada por representante de TFI

Fecha: _____



MEDICATION LIST/LISTA DE MEDICAMENTOS

Patient Name: _____ DOB: _____
Nombre de Paciente Fecha de Nacimiento

Are you taking any blood thinners? [] Yes / Si [] No
Estás tomando anticoagulantes?

Table with 3 columns: Date/ Fecha, Medication Name/Strength Nombre del medicamento / Fuerza, Generic Allowed? Genérico permitido?.