

Bay Area Foot Care

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre _____ MI _____

Fecha de Nacimiento _____

SSN _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico: _____

Doctor primario _____

Teléfono# _____

Doctor que lo refirió _____

Teléfono# _____

Masculino Femenino No Binario

Soltero Casado Viudo Divorciado

Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska

Asiático Afroamericano Nativo de Hawái

Hispano Latino Otro Veterano

Ocupación _____

Empleador _____

Número de teléfono de trabajo: _____

CONTACTO PREFERIDO

Teléfono de Casa _____

Teléfono celular _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/PAREJA (Si Aplica)

Nombre _____

Teléfono casa _____

Teléfono de celular _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURANZA

Nombre de la Asegurancia Primaria _____

Nombre del titular de la póliza _____

Propio Esposo Dependiente Pareja de hecho

Fecha de nacimiento de los asegurados ____ / ____ / ____

Empleador _____

Nombre de asegurancia secundaria _____

Nombre de la póliza _____

Fecha de nacimiento del asegurado ____ / ____ / ____

Propio Esposo Dependiente Pareja

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Farmacia preferida _____

Teléfono # _____ Fax # _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____

Relación _____

Teléfono _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (si es diferente del Paciente)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal: _____

Teléfono _____

Empleador _____

Dirección _____

Teléfono de trabajo: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO /_____/_____

¿Su tratamiento actual se debe a:

..... Un accidente Sí No Fecha del accidente _____
automovilístico
... Compensación de trabajadores Sí No Fecha del accidente _____

¿A quién podemos agradecer por enviarlo a nuestra oficina?

Doctor _____
 Paciente _____
 Redes Sociales _____

Lista de proveedores de seguros Feria de la Salud
 Pasado por ubicación Búsqueda en Internet
 Otro _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Doy permiso al médico para administrar y realizar los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico y/o tratamiento de mis pies.

Firma _____ Fecha _____

Autorizo la divulgación de cualquier información médica relacionada con mi tratamiento o información necesaria para procesar reclamos de seguros y el pago de beneficios médicos a mí o a la parte que acepta las asignaciones. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que sea revocada por mí, por escrito. Entiendo **que soy legalmente responsable de todos los cargos, ya sean reembolsados o no por mi compañía de aseguranza.**

Firma _____ Fecha _____

FIRMA DE MEDICARE EN EL ARCHIVO

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a **Bay Area Foot Care** por cualquier servicio que me brinde el doctor/proveedor enumerado. En la medida en que lo permita la ley, autorizo a cualquier titular de información médica o otro tipo de información sobre mí, ser divulgada a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y a sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica "otro seguro de salud" en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en cualquier otro lugar en otros formularios de reclamación aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. En los casos asignados a Medicare, el proveedor del proveedor acepta la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable solo del deducible, y la repartición del costo, los servicios no cubiertos. La repartición del costo y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare.

NOMBRE DEL PACIENTE (Por favor, escriba en letra de imprenta)	PROVEEDOR: Nombre
	Bay Area Foot Care
FIRMA DEL PACIENTE	

Historial Médico

1. **Ocupación:** _____ ¿Su problema está relacionado con el trabajo? Sí No

2. **Alergias:** (Describa la reacción) **NINGUNA**

Penicilina _____ Aspirina _____ Codeína _____
 Anestesia _____ Marisco _____ Sulfa _____
 Plata/ Metal _____ Tinte de contraste radiográfico _____
 Medicamentos antiinflamatorios _____ Otro _____

3. **Indique los medicamentos que tome incluyendo /hierbas/vitaminas:** **NINGUNO**

Medicamento	Dosis	Fecha de inicio	Medicamento	Dosis	Fecha de inicio

4. **Antecedentes familiares:** (Anote su relación a los miembros la familia que han tenido estos problemas):

Diabetes _____ Enfermedad cardíaca _____ Nefropatía _____
 Alta Presión _____ Embolio Infarto cerebral _____ Reumatología _____
 Cáncer _____ Cuidado psiquiátrico _____
 Desorden de sangre/ coagulación _____ Otros antecedentes familiares _____

5. **Altura:** _____ **Peso:** _____ **Talla de calzado:** _____

6. **Historia Social:**

Consumo de tabaco (marque uno)

Nunca Exfumador Fumador diario actual Fumador unos días

Consumo de alcohol (Marque uno)

Nunca Ocasional Moderado Pesado

Consumo de cafeína (Marque uno)

Nunca Ocasional Moderado Pesado

Consumo de drogas (recreativas, IV)

Por favor especifique _____

Hábitos de ejercicio (Marque uno)

Nunca Ocasional Moderado Pesado

7. ¿Estás embarazada actualmente? No Sí _____

8. Liste cualquier tipo de cirugía que haya tenido Ninguna cirugía Si tuvo una cirugía (por favor llene abajo)

Cirugía / Fecha: _____ Cirugía / Fecha: _____

Cirugía / Fecha: _____ Cirugía / Fecha: _____

Cirugía / Fecha: _____ Cirugía / Fecha: _____

9. **Antecedentes médicos:**
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fallo cardíaco | <input type="checkbox"/> Problemas del riñón (diálisis sí/no) | <input type="checkbox"/> Enfermedad hígado |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Artritis de _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Respiratorios | <input type="checkbox"/> Marcapasos (Año: _____) | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Embolio/derrame cerebral (Año: _____) | <input type="checkbox"/> Alta Presión |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de _____ | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa profunda (TVP) | <input type="checkbox"/> Próstata |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Raynaud | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón/infarto de _____ | <input type="checkbox"/> Tiroidess |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> miocardio | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| | | <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en el pulmón (EP) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| | | Desorden de sangre/ coagulación | |
- Diabetes tipo 1 (Año: _____) Diabetes tipo 2 (Año: _____)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Otro: _____

10. **Otra información que le gustaría que el médico supiera:**

Acuse de recibo de HIPAA del Aviso de Prácticas de Privacidad

Aviso al paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que establece cómo podemos usar o divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario como recibo de la Notificación. Si lo desea, puede negarse a firmar este reconocimiento.

Este formulario no constituye información legal y cubre solo la ley federal, no la estatal.

Base de datos de pagos abierta

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina y que se me proporcionó un enlace donde puedo acceder a más información sobre la base de datos de Open Payments.

Nombre del paciente _____ Firma _____ Fecha _____

SOLO PARA USO EN OFICINA

Le proporcionamos al paciente una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y le proporcionamos información sobre cómo acceder a la base de datos de Open Payments y hemos hecho todo lo posible para

- El paciente se negó a firmar.
- Otros (Sírvase proporcionar detalles)

Firma del empleado

Fecha



Política Financiera del Paciente

Su comprensión de nuestras póliza financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta, discútalas con nuestro personal de recepción o con el Director de Operaciones.

- Como nuestro paciente, usted es responsable de todas las autorizaciones/referencias necesarias para buscar tratamiento en esta oficina.
- A menos que usted o su compañía de seguros de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado, el pago de los servicios de oficina debe realizarse en el momento del servicio. Aceptaremos VISA, MasterCard, Discover, American Express, efectivo o cheque.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro por usted si asigna los beneficios al médico. En otras palabras, usted acepta que su compañía de seguros le pague directamente al médico.
- Hemos hecho arreglos previos con ciertas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Facturaremos a los planes con los que tengamos un acuerdo y solo le exigiremos que pague el copago/coseguro/deducible.
- En Bay Area Foot Care, les pedimos a nuestros nuevos pacientes con pólizas con deducibles anuales que paguen \$200 el día de su visita al consultorio. Estos \$200 se destinan a pagar los gastos de bolsillo asociados con la visita y también contribuyen a pagar el deducible en su totalidad. Una vez que una revisión de la póliza refleja que se ha satisfecho el deducible del año, ya no cobramos los \$200.
- No todos los planes de salud son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto" o que usted no tenga una autorización, usted será responsable del cargo completo. Intentaremos verificar los beneficios de algunos servicios especializados o referencias; sin embargo, usted sigue siendo responsable de los cargos por cualquier servicio. Se recomienda a los pacientes que se comuniquen con sus planes para obtener una aclaración de los beneficios antes de su cita o cualquier servicio de aseguranza.
- Debe informar a la oficina de todos los cambios de seguro y los requisitos de autorización/referencia. En caso de que no se informe a la oficina, usted será responsable de los cargos denegados.
- Para la mayoría de los servicios en el hospital, facturaremos a su plan de salud por los servicios médicos. Cualquier saldo a su cuenta es su responsabilidad. El hospital y otros especialistas, involucrados, también facturarán a su seguro cargos separados.
- En algunos casos, su proveedor tendrá que enviar muestras a un laboratorio externo. Entiendo que es posible que mi plan de seguro no cubra el cargo de algunas o todas las pruebas de laboratorio solicitadas y seré responsable por los cargos.
- Hay ciertos procedimientos quirúrgicos electivos para los cuales requerimos pago por adelantado. Se le informará con anticipación si su procedimiento es uno de esos. En ese caso, el pago vencerá una semana antes de la cirugía.
- Las cuentas con saldos vencidos serán sujetas a procedimientos de agencia de colecciones. Todos los costos incurridos, incluidos, entre otros, los honorarios de cobranza, los honorarios de abogados y los honorarios judiciales, serán su responsabilidad además del saldo adeudado a esta oficina.
- Hay una tarifa de servicio de \$25.00 por todos los cheques devueltos. Su compañía de seguros no cubre esta tarifa.

Firma del Paciente/Responsable: _____

Imprima el nombre del paciente/responsable: _____ Fecha: _____

Bay Area Foot Care

San Francisco / San Rafael / Castro Valley / Oakland / San Leandro / Pleasanton / Walnut Creek
Danville / Albany / Alameda / Concord / San Carlos / Burlingame / San José / Santa Rosa / Foster
City Napa / Vallejo/Santa Cruz/Watsonville

Póliza y procedimiento por no presentarse a su cita y Cancelaciones

En Bay Area Foot Care, nuestro objetivo es brindar atención podológica de calidad de manera oportuna. Hemos implementado una póliza por no presentarse a su cita programada, y cancelación de última hora que nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención podológica. La siguiente póliza es con respecto a los pacientes que no asisten a su cita programada para visitar el consultorio.

Solicitamos que considere a otros pacientes y le pedimos que se comunique con Bay Area Foot Care de inmediato si no puede asistir a una cita. Este tiempo se reasignará a alguien que necesite tratamiento urgente. Las citas disponibles tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a la atención oportuna. Cualquier cita cancelada o reprogramada con menos de 24 horas de anticipación se considerará una "Cancelación de última hora".

Bay Area Foot Care se reserva el derecho de cobrar \$50.00 a cualquier paciente que no cancele su cita programada con más de 24 horas de anticipación. En el caso de una emergencia real, se considerará y se puede otorgar una excepción por única vez.

Las cirugías deben cancelarse con 1 semana de anticipación; nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$200 por cancelación con menos de una semana de anticipación o no presentarse. Por favor, ayúdenos a servirle mejor cumpliendo con sus citas programadas.

Cómo cancelar / reprogramar su cita

Para cancelar o reprogramar citas, llame al (831) 728-8844. Si tiene algún problema para comunicarse, puede dejar un mensaje con su nombre, fecha de nacimiento y motivo de cancelación o solicitar una llamada para reprogramar la cita.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____ Fecha _____



Formulario de Consentimiento Informado para Comunicaciones Electrónicas

Por favor, lea atentamente esta información:

Con el mundo cambiante de la atención médica y la tecnología, ofrecemos a nuestros pacientes un método electrónico de comunicación. Tiene derecho a solicitar que Bay Area Foot Care se comunique con usted por correo electrónico o mensajes SMS. También tiene derecho a conocer los riesgos asociados con el uso de comunicaciones electrónicas no cifradas.

La transmisión de información del paciente por correo electrónico y/o mensajes de texto tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de dar su consentimiento. Estos incluyen, entre otros, los siguientes riesgos:

- El correo electrónico y los mensajes de texto pueden circularse, reenviarse, almacenarse electrónicamente y en papel, y transmitirse a destinatarios no deseados.
- Los remitentes de correo electrónico y mensajes de texto pueden enviar fácilmente una dirección equivocada o a un correo electrónico o mensaje de texto y enviar la información a una persona no deseada.
- Las copias de seguridad de correos electrónicos y mensajes de texto pueden existir incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a inspeccionar los correos electrónicos enviados a través de los sistemas de su empresa.
- Los correos electrónicos y los mensajes de texto pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización o detección.
- El correo electrónico y los mensajes de texto se pueden utilizar como prueba en el tribunal.
- Los correos electrónicos y los mensajes de texto pueden no ser seguros y, por lo tanto, es posible que un tercero viole la confidencialidad de dichas comunicaciones.

Condiciones para el uso de correo electrónico y mensajes de texto:

Nuestra oficina no puede garantizar, pero utilizará todas las precauciones razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico y texto enviada y recibida. Nuestra oficina no es responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por una mala conducta intencional.

Los pacientes/tutores legales deben reconocer y dar su consentimiento a las siguientes condiciones:

- El correo electrónico y/o los mensajes de texto no son apropiados para situaciones urgentes o de emergencia. Nuestra oficina no puede garantizar que ningún correo electrónico y/o mensaje de texto en particular sea leído y respondido dentro de un período de tiempo determinado.
- El correo electrónico y los mensajes de texto deben ser concisos. El paciente/tutor legal debe llamar y/o programar una cita para discutir situaciones complejas y/o delicadas.



- Utilizaremos el correo electrónico para comunicarnos con usted solo sobre asuntos no sensibles y no urgentes, tales como:
 - Preguntas sobre recetas, uso de equipos o dispositivos médicos
 - Preguntas de seguimiento de rutina
 - Programación de citas
 - Preguntas sobre facturación

- Sus mensajes de correo electrónico pueden ser reenviados a otro miembro del personal de la oficina según sea necesario para su manejo adecuado.
- Los pacientes/tutores legales no deben usar el correo electrónico o los mensajes de texto para comunicar información médica confidencial.
- Nuestra oficina no se hace responsable de las violaciones de la confidencialidad causadas por el paciente o cualquier tercero.
- Es responsabilidad del Paciente / tutor legal hacer un seguimiento y / o programar una cita si se justifica.

**EN UNA EMERGENCIA MÉDICA, NO USE EL CORREO
ELECTRÓNICO ni los MENSAJES DE TEXTO LLAME
AL 911**

Recordatorio: no utilice el correo electrónico para **problemas urgentes**. Si tiene un problema urgente, llame a nuestra oficina durante el horario comercial o vaya a un centro de atención de urgencia.



Reconocimiento y acuerdo del paciente:

_____ Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico y/o mensajes de texto entre la oficina y yo, y acepto las condiciones e instrucciones descritas.

_____ Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento avisando a Bay Area Foot Care por escrito. La revocación de mi consentimiento no afectará mi capacidad para obtener atención médica en el futuro ni causará la cancelación de ningún beneficio al que tenga derecho.

_____ Doy mi consentimiento para las comunicaciones por correo electrónico hacia y desde Bay Area Foot Care

_____ Yo **No** dar mi consentimiento para las comunicaciones por correo electrónico hacia y desde Bay Area Foot Care

_____ Doy mi consentimiento para la comunicación por mensaje de texto de Bay Area Foot Care

_____ Yo **No** dar mi consentimiento para las comunicaciones de texto de Bay Area Foot Care

Nombre en letra de imprenta del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor legal: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____