

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: M | F

Si no es el paciente, nombre de la persona a cargo de las citas, pagos, etc.: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado: _____ Código postal: _____

Estado civil: Soltero/a | Casado/a | Asociado/a | Separado/a | Divorciado/a | Viudo/a

¿Cómo se enteró de nosotros? Doctor | Evento | Seguros | Google / Web | Amigo / Familia | Letrero | TV

Otro: _____

¿CÓMO PODEMOS CONTACTARLO?

Teléfono principal: _____ Tipo: _____ Teléfono secundario: _____ Tipo: _____

Correo electrónico: _____ Idioma principal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Médico / práctica de atención primaria: _____ Fecha de la última visita: _____

Farmacia: _____ Ubicación: _____

OTROS CONTACTOS :

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ No. de teléfono: (____) ____ - _____

Debido a las regulaciones de HIPAA, no compartiremos su información privada con nadie sin su consentimiento. ¿Hay algún familiar u otra persona a la que le gustaría autorizar para hablar con nosotros sobre sus diagnósticos, tratamientos o facturas?

Si | No

Si es así, ¿quién? (Por favor, indique el nombre y la relación): _____

Si alguien que no sea usted pagará sus facturas, complete lo siguiente:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ No. de teléfono: (____) ____ - _____

¿Tiene un tutor legal o un poder notarial para el cuidado de la salud? Si | No

En caso afirmativo, Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ No. de teléfono: (____) ____ - _____

*** Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si así lo deseaba) y entender el aviso.*

Nombre en letra de imprenta del paciente (o padre / tutor)

Si no es el paciente, relación con el paciente

Firma

Fecha

Nombre del paciente: _____

HISTORIA MÉDICA

Médico de atención primaria: _____ Fecha de la última visita: _____

Farmacia: _____ Ubicación: _____

Altura _____ Peso _____ Tamaño del zapato _____

Marca si alguna vez ha dado positivo en alguno de los siguientes: TB | Hepatitis | VIH/SIDA | MRSA

¿Tiene alguna alergia conocida a un(os) medicamento(s)? ¿Cuáles? _____

Otras: Ninguna | Cinta | Látex | Yodo | Mariscos | Alimentos / Otros: _____

Adjunte o escriba una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluidos los medicamentos recetados y de venta libre).

Enumere todas las cirugías anteriores (Con la fecha aproximada):

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes situaciones? (Seleccione S o N)

Artritis	S	N	Si es diabético, ¿toma insulina?	Si	No
Cáncer	S	N	Última nivel de la glucosa:	_____	
Diabetes	S	N	Última nivel de A1C:	_____	
Fibromialgia	S	N	Otras condiciones:	_____	
Gota	S	N		_____	
Presión alta	S	N		_____	
Neuropatía	S	N		_____	

Por favor selecciona condiciones en su historial médico de la familia: Cáncer | Diabetes | Gota
Enfermedad del corazón | Presión alta | Accidente cerebrovascular | Artritis reumatoide

HISTORIA SOCIAL

¿Consumo de tabaco actual o pasado? Nunca | Uso anterior (fumó) | Uso pasado (sin humo)

Uso actual - Tipo _____ Frecuencia: Casi nunca | Ocasional | Moderado | Diariamente

¿Consumo de alcohol actual o pasado? Nunca | Uso anterior - Terminó hace _____

Uso actual - Tipo _____ Frecuencia: Casi nunca | Ocasional | Moderado | Diariamente

¿Consumo de drogas recreativas actual o pasado? Nunca | Uso anterior - Terminó hace _____

Uso actual - Tipo _____ Frecuencia: Casi nunca | Ocasional | Moderado | Diariamente

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Tiene alguna condición médica conocida o síntomas actuales asociados con:

Ojos: _____ Estómago: _____ Pecho: _____

Oídos: _____ Intestinos: _____ Corazón: _____

Nariz: _____ Hígado: _____ Pulmones: _____

Garganta: _____ Riñones: _____ Otro: _____

PROBLEMA ACTUAL

¿Para qué problema *específico* viene a la oficina hoy? (¿Qué parte de su pie/tobillo le está lastimando?)

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Algún pasatiempo u otra actividad que afecte la forma en que usa sus pies? _____

¿Este problema fue causado por un accidente? *Si* | *No* *En caso afirmativo, explique:*

¿Hace cuánto comenzó este problema? _____

¿Cómo describiría su dolor? *No hay dolor* | *Agudo* | *Sordo* | *Ardiente* | *Radiante*

Picazón | *Punzante* | *Otro* _____

Desde que comenzó su dolor o problema, ¿ha *permanecido igual?* | *empeorado?* | *mejorado?*

¿Qué empeora su dolor o problema? *Caminar* | *Estar de pie* | *Descansar* | *Zapatos de vestir*

Zapatos planos | *Zapatos encerrados* | *Correr* | *Otro* _____

¿Qué hace que su dolor o problema se sienta mejor? _____

¿Qué tratamientos / remedios ha probado para este problema? ¿Ha funcionado algo de esto?

¡Bienvenidos, pacientes nuevos!

Nuestra práctica es una división de **InStride Foot & Ankle Specialists, PLLC**. Tenemos divisiones en Carolina del Norte y del Sur. Debido a esto, si ha visto a alguno de los siguientes médicos en los últimos **tres años**, necesitamos saberlo para que podamos presentar su seguro de manera adecuada. **No es necesario divulgar las visitas antes de los 2018**. Si lo han visto en alguna de las divisiones a continuación, coloque un **✓** en la línea a la izquierda del nombre de la práctica. Gracias por revelarnos esta información; esto nos permitirá cumplir con las iniciativas de codificación correcta exigidas a nivel nacional.

Clínicas de InStride Foot and Ankle Specialists en la Region Piedmont:

	Carmel Foot Specialists (antes del 1/1/20)	Barbara Kaiser, Richard Lind, Richard Miller, Kevin Molan, Tori Simmons-Lewis
	Carolina Foot Care Associates, PLLC	Ashma Davidson, Terry Donovan (antes del 1/1/18) , William O'Neill
	Carolina Foot & Ankle Health Center	Millicent Brown
	Capital Foot and Ankle Centers	Eldon Peters
	Carolina Podiatry (ubicado en SC)	Brandon Percival, Julie Percival, William Harris, Katlin Jackson (a partir del 7/1/19) , Robert Ezewuiro (a partir del 8/15/19)
	Central Carolina Foot & Ankle Associates	Melissa Hill, Gary Liao, Alan Sotelo
	Chapel Hill Foot & Ankle Associates, P.A. (antes del 9/1/20)	Jane Anderson, Alan Bocko, Katherine Williams
	Comprehensive Foot & Ankle Center, PA	Zack Nellas
	Family Foot & Ankle Center, PA (antes del 10/1/20)	Patrick Dougherty, Doug Smith
	Family Foot Care	Kevin McDonald, Neil Younce, Erin Younce
	Foot & Ankle Center of Durham	Eric Simmons (antes del 11/1/20)
	Foot & Ankle of the Carolinas, PLLC	Eric Ward, Blaise Woeste
	Gaston Foot & Ankle Associates, PA (antes del 11/1/2019)	David Kirlin, Ryan Meredith, Wagner Santiago, Randell Contento
	Greensboro Podiatry Associates, PA	Martha Ajlouny
	James Mazur, DPM, PA	James Mazur, Erin Younce
	Matthews Foot Care	Brian Killian, Kevin Killian, David Ellenbogen (denominado 23/10/19), Wesley Jackson
	Mt. Airy Foot & Ankle Center, PLLC	Jim Shipley, David Collard, Walter Falardeau, Jeffrey Hunter, Thurmond Sicheloff (antes del 10/23/2018)
	Piedmont Foot & Ankle Clinic (antes del 01/02/20)	Rick Hauser, Rob Lenfestey, Jason Nolan, Joel Kelly, Elizabeth Bass Daughtry, Jacob Panici, Brian Futrell
	Queen City Foot & Ankle Specialists, P.C.	Roxanne Burgess, Wesley Jackson, Alison Garten (antes del 11/6/19)
	Raleigh Foot & Ankle (antes del 1/1/2018)	Alan Boehm, Robert Hatcher, Jordan Meyers, Kirk Woelffer
	Ryan Foot & Ankle Clinic (antes del 1 de julio de 2020)	David Garchar, Jeff Glaser, Michael Ryan, Scott Whitman, Matthew Borns, Bradley Lind
	Wake Foot & Ankle Center	Mike Hodos, Jim Judge

***Si ha consultado a un podólogo en Carolina del Norte o Carolina del Sur y su nombre no aparece en la lista anterior, indique el nombre de ese proveedor en la sección a continuación:

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTACIÓN

Sabemos que a veces la vida es un acto de equilibrio y, en algún momento, es posible que sea necesario cancelar o cambiar una cita que haya programado con nosotros. Nuestra solicitud para usted es que proporcione al menos un aviso de 24 horas si este es el caso. Esto permitirá que otra persona que esté esperando una cita tenga la oportunidad de ocupar ese espacio de tiempo.

Si no se presenta a su cita sin llamarnos para cancelar, esto se considerará una ausencia. Los pacientes que no se presenten dos (2) o más veces en un período de 12 meses pueden ser despedidos de la práctica y se les puede negar cualquier cita futura.

Si cancela su cita con menos de 24 horas de notificación o no se presenta a su cita programada, estará sujeto a una tarifa de cancelación / no presentación de \$50.00. Esta tarifa puede ser renunciada en circunstancias especiales inevitables, pero solo con la aprobación de la gerencia.

Todas las preguntas sobre cancelaciones y tarifas por no presentarse deben dirigirse a nuestro personal recepcionista.

Por favor, firme que ha leído, comprendido y aceptado esta Política de cancelación y no presentación.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

POLÍTICA FINANCIERA

Nuestra práctica cree que una buena relación entre médico y paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación, especialmente cuando se trata del costo de los servicios que reciba. Como posiblemente habrá notado con su propia cobertura, los planes de seguro se están convirtiendo cada vez más complejos y es común que los pacientes sean responsables de porcentajes más altos de sus facturas médicas que en el pasado. Teniendo esto en cuenta, hacemos todo lo posible para proporcionar un presupuesto de su tratamiento con anticipación para que pueda estar preparado.

Sin embargo, no siempre podemos anticipar cómo su seguro va a procesar sus reclamos. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros, y cualquier factura que pueda recibir de nuestra práctica refleja lo que su seguro ha determinado que usted es responsable. Los saldos de su cuenta son, en última instancia, su responsabilidad.

Nuestra política

El pago vence en el momento del servicio. El día de su visita, la expectativa es que pague el estimado de lo que no cubrirá su compañía de seguros. Esto puede incluir su copago, coseguro y / o cualquier monto de deducible que no haya sido satisfecho, y el pago de cualquier servicio que no esté cubierto.

Adaptaciones

Entendemos que algunos pacientes pueden necesitar más flexibilidad para pagar su atención médica. Ofrecemos planes de pago, pero los arreglos deben hacerse *antes* de su cita. Para aprovechar esta opción, requerimos que mantenga una tarjeta de crédito o débito registrada, y se requerirá un pago mínimo en el momento del servicio.

Opciones de pago flexibles

Aceptamos VISA, MasterCard, Discover, CareCredit, efectivo, y cheques personales. También puede realizar pagos en línea directamente desde nuestro sitio web en www.northernstride.com.

Tenga en cuenta

- Las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobro. Todos los costos incurridos (incluidos, entre otros, las tarifas de cobranza, de abogados y de la corte) serán su responsabilidad, además del saldo adeudado en esta oficina.
- Usted será responsable de cualquier cargo que su seguro pueda rechazar, incluso si Ud. no informa a la oficina de un cambio en la cobertura de su seguro.
- Hay una tarifa de servicio de \$ 25.00 por todos los cheques devueltos. Su compañía de seguros no cubre esta tarifa.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra política financiera, por favor consulte al recepcionista.

Nombre del paciente / partido responsable: _____ Fecha: _____

Firma del paciente / partido responsable: _____ Fecha: _____