

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ ☐ Masculino ☐ Femenina

Dirección / Ciudad / Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

¿A cuál prefiere ser llamado primero: ( ) Celular ( ) Casa

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Etnicidad:** ☐ NO Hispanio o Latino ☐ Hispanio o Latino ☐ Rehusó

**Idioma Primario:** ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Raza:** ☐ Blanca ☐ Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Indio Americano ☐ Rehusó

**Estado Civil:** ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)

Empleador \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

¿COMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS?

|                                |                                 |                                              |                               |                                        |                                   |                                     |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Referido por Médico | <input type="checkbox"/> Yelp | <input type="checkbox"/> Seguro Médico | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

Médico de Cabeccera: \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_ Última Vez Visto: \_\_\_\_\_

Médico que trata su Diabetes (si diabetico) : \_\_\_\_\_ Última Vez Visto: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos divulgar información médica: \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección o nombre de las dos calles de esquina \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

### Mi método preferido de comunicación con respecto a mi condición médica

- 1.) ¿Cómo podemos comunicarnos con usted? (marque TODAS las que apliquen) ☐ Teléfono ☐ Correo ☐ Correo Electrónico ☐ Mensaje de Texto
- 2.) ¿Si el método de comunicación es por teléfono, marque la casilla correspondiente a continuación (marque uno):
  - ☐ Deje un mensaje con información detallada
  - ☐ Deje un mensaje con un número de devolución de llamada solamente
- 3.) ¿Está bien dejar mensaje con: ☐ Solo yo ☐ Paciente y / o pareja ☐ Cualquiera que conteste el teléfono
- 4.) ¿A quién podemos divulgar información médica a: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO:

|                                              |                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Nombre de Seguro PRIMARIO</b>             | <b>Número del Miembro #:</b>           |
| Nombre del Titular de la Póliza y Cumpleaños | <b>Fecha de Nacimiento:</b> /        / |
| Empleador del Titular de Póliza              |                                        |

|                                              |                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Nombre de Seguro SECUNDARIO</b>           | <b>Número del Miembro #:</b>           |
| Nombre del Titular de la Póliza y Cumpleaños | <b>Fecha de Nacimiento:</b> /        / |

### Notificación de Cambios

Si o cuando cambie cualquiera de la información anterior, (es decir, nombre, número de teléfono, seguro) proporcionaré la información lo más pronto posible.

X \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Padre / Tutor Legal**

## HISTORIAL MÉDICO

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**En sus propias palabras declare la razón médica para venir a nuestra oficina:**

|                                           |                                                        |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Calzado de Zapatos:</b> _____          | <b>¿Eres fumador actual?</b> <b>Sí</b> <b>No</b>       |
| <b>Estatura:</b> _____ <b>Peso:</b> _____ | <b>¿Si no, eres un ex fumador?</b> <b>Sí</b> <b>No</b> |

|                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SÓLO PARA MUJERES:</b> ¿ESTÁS EMBARAZADA? _____ ¿SI ESTÁS, CUÁNTOS MESES TIENES? _____<br>¿ O ESTÁS AMAMANTANDO? _____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**MEDICAMENTOS- Por favor ponga en lista todos los medicamentos que toma actualmente:**

**ALERGIAS-** ¿Es usted actualmente **alérgico** o ha tenido alguna vez una reacción a alguno de los siguientes?

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                             |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------|---------|----|----|----------------|----|----|-------|----|----|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------|----|----|------------|----|----|------------|--------------------|--|--|
| <table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 33%;">SÍ</td><td style="width: 33%;">NO</td><td>ASPRINA</td></tr> <tr><td>SÍ</td><td>NO</td><td>CURITAS/ CINTA</td></tr> <tr><td>SÍ</td><td>NO</td><td>LÁTEX</td></tr> <tr><td>SÍ</td><td>NO</td><td>ESTEROIDES</td></tr> </table> | SÍ | NO                          | ASPRINA | SÍ | NO | CURITAS/ CINTA | SÍ | NO | LÁTEX | SÍ | NO | ESTEROIDES | <table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 33%;">SÍ</td><td style="width: 33%;">NO</td><td>LIDOCAÍNA (ANESTESIA LOCAL)</td></tr> <tr><td>SÍ</td><td>NO</td><td>SULFAMIDAS</td></tr> <tr><td>SÍ</td><td>NO</td><td>PENICILINA</td></tr> <tr><td colspan="3"><b>OTRO:</b> _____</td></tr> </table> | SÍ | NO | LIDOCAÍNA (ANESTESIA LOCAL) | SÍ | NO | SULFAMIDAS | SÍ | NO | PENICILINA | <b>OTRO:</b> _____ |  |  |
| SÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | ASPRINA                     |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |
| SÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | CURITAS/ CINTA              |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |
| SÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | LÁTEX                       |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |
| SÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | ESTEROIDES                  |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |
| SÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | LIDOCAÍNA (ANESTESIA LOCAL) |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |
| SÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | SULFAMIDAS                  |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |
| SÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | PENICILINA                  |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |
| <b>OTRO:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                             |         |    |    |                |    |    |       |    |    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                             |    |    |            |    |    |            |                    |  |  |

**CIRUGÍA MAYOR PASADAS:** \_\_\_\_\_

**SU Historial Médico Pasado:** ¿Alguna vez **USTED** ha **TENIDO** o **TIENE** alguno de los siguientes?

**CÍRCULE TODOS LOS QUE APLIQUEN**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|--|----------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------|--|------|--|--------------|-----------------|-----------------------|-------------------|--|-----------------------------|------|--|----------|---------------------|----------------------------|--|---------------------------------|--|----------------------------|--|------------------------|--|--------------|----------------|-------------|--|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|--|-----------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--|---------------------|----------------|------------------|-----------------------|---------------------------|--|------------------------|--|--------------|-------------------|----------|--|------------------------|--|--------|---------------------|-----------|--|----------|---------------------|--------|--|----------|--------------------------------------|--|
| <table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 20%;"><b>Ojos :</b></td><td>Cataratas</td></tr> <tr><td></td><td>Glaucoma</td></tr> <tr><td><b>Audición :</b></td><td>Problemas Para Escuchar</td></tr> <tr><td><b>Integumentario:</b></td><td>Eccema</td></tr> <tr><td></td><td>Olor</td></tr> <tr><td></td><td>Pies Sudosos</td></tr> <tr><td><b>Alergias</b></td><td>Alergias Estacionales</td></tr> <tr><td><b>Trastornos</b></td><td></td></tr> <tr><td><b>Musculoesqueléticos:</b></td><td>Gota</td></tr> <tr><td></td><td>Artritis</td></tr> <tr><td><b>Neurológico:</b></td><td>Calambres (piernas o pies)</td></tr> <tr><td></td><td>Entumecimiento (piernas o pies)</td></tr> <tr><td></td><td>Hormigueo (piernas o pies)</td></tr> <tr><td></td><td>Ardor (piernas o pies)</td></tr> <tr><td></td><td>Convulsiones</td></tr> <tr><td><b>Social:</b></td><td>Alcoholismo</td></tr> <tr><td></td><td>Consumo de Drogas</td></tr> </table> | <b>Ojos :</b>                           | Cataratas |  | Glaucoma | <b>Audición :</b> | Problemas Para Escuchar | <b>Integumentario:</b> | Eccema |  | Olor |  | Pies Sudosos | <b>Alergias</b> | Alergias Estacionales | <b>Trastornos</b> |  | <b>Musculoesqueléticos:</b> | Gota |  | Artritis | <b>Neurológico:</b> | Calambres (piernas o pies) |  | Entumecimiento (piernas o pies) |  | Hormigueo (piernas o pies) |  | Ardor (piernas o pies) |  | Convulsiones | <b>Social:</b> | Alcoholismo |  | Consumo de Drogas | <table style="width: 100%;"> <tr><td><b>Respiratorio:</b></td><td>Asma</td></tr> <tr><td></td><td>Enfermedad Pulmunar Obstructiva Crónica</td></tr> <tr><td><b>Gastrointestinal:</b></td><td>Enfermedad del Reflujo Gastroesofó</td></tr> <tr><td></td><td>Úlceras Estomacales</td></tr> <tr><td><b>Sistema</b></td><td>Derrame Cerebral</td></tr> <tr><td><b>Cardiovascular</b></td><td>Enfermedad de los Riñones</td></tr> <tr><td></td><td>Enfermedad del Corazón</td></tr> <tr><td></td><td>Presión Alta</td></tr> <tr><td><b>Endócrino:</b></td><td>Diabetes</td></tr> <tr><td></td><td>Enfermedad de Tiroides</td></tr> <tr><td></td><td>Anemia</td></tr> <tr><td><b>Psiquiatría:</b></td><td>Depresión</td></tr> <tr><td></td><td>Ansiedad</td></tr> <tr><td><b>Inmunología:</b></td><td>Cáncer</td></tr> <tr><td></td><td>VIH/SIDA</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"><b>( ) NINGUNO DE LOS ANTERIORES</b></td></tr> </table> | <b>Respiratorio:</b> | Asma |  | Enfermedad Pulmunar Obstructiva Crónica | <b>Gastrointestinal:</b> | Enfermedad del Reflujo Gastroesofó |  | Úlceras Estomacales | <b>Sistema</b> | Derrame Cerebral | <b>Cardiovascular</b> | Enfermedad de los Riñones |  | Enfermedad del Corazón |  | Presión Alta | <b>Endócrino:</b> | Diabetes |  | Enfermedad de Tiroides |  | Anemia | <b>Psiquiatría:</b> | Depresión |  | Ansiedad | <b>Inmunología:</b> | Cáncer |  | VIH/SIDA | <b>( ) NINGUNO DE LOS ANTERIORES</b> |  |
| <b>Ojos :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cataratas                               |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Glaucoma                                |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Audición :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Problemas Para Escuchar                 |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Integumentario:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Eccema                                  |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Olor                                    |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Pies Sudosos                            |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Alergias</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Alergias Estacionales                   |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Trastornos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Musculoesqueléticos:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Gota                                    |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Artritis                                |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Neurológico:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Calambres (piernas o pies)              |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Entumecimiento (piernas o pies)         |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hormigueo (piernas o pies)              |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ardor (piernas o pies)                  |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Convulsiones                            |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Social:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Alcoholismo                             |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Consumo de Drogas                       |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Respiratorio:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Asma                                    |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Enfermedad Pulmunar Obstructiva Crónica |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Gastrointestinal:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Enfermedad del Reflujo Gastroesofó      |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Úlceras Estomacales                     |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Sistema</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Derrame Cerebral                        |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Cardiovascular</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Enfermedad de los Riñones               |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Enfermedad del Corazón                  |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Presión Alta                            |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Endócrino:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Diabetes                                |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Enfermedad de Tiroides                  |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Anemia                                  |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Psiquiatría:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Depresión                               |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ansiedad                                |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>Inmunología:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cáncer                                  |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VIH/SIDA                                |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |
| <b>( ) NINGUNO DE LOS ANTERIORES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |           |  |          |                   |                         |                        |        |  |      |  |              |                 |                       |                   |  |                             |      |  |          |                     |                            |  |                                 |  |                            |  |                        |  |              |                |             |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |      |  |                                         |                          |                                    |  |                     |                |                  |                       |                           |  |                        |  |              |                   |          |  |                        |  |        |                     |           |  |          |                     |        |  |          |                                      |  |

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padre / Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **PÓLIZAS DE LA OFICINA**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

### **Autorización para Tratamiento, Asignación de Beneficios y Coordinación de la Atención Médica**

Autorizo al Trinity Foot Center, PC a proporcionar evaluación médica y tratamiento según se consideren médicamente necesario. Entiendo que tengo el derecho de hablar sobre cualquier tratamiento o procedimiento recomendado o de rechazarlo. Autorizo el pago directo de los beneficios médicos a Trinity Foot Center, PC por los servicios proporcionados. Entiendo que soy responsable del pago de todos los copagos, deducibles, coseguros, servicios no cubiertos y cualquier saldo restante que mi seguro no pague.

Autorizo a Trinity Foot Center, PC a obtener, revisar, utilizar y divulgar mi información médica según sea necesario para mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto incluye acceder a mi historial de medicamentos a través de sistemas electrónicos de prescripción, así como solicitar, recibir y compartir expedientes médicos, referencias, autorizaciones previas, resultados de estudios diagnósticos y otra información con mi médico de atención primaria, especialistas, farmacias, planes de seguro y otros proveedores de atención médica con el fin de coordinar mi atención médica.

### **Servicios Médicos No Cubiertos**

Es importante entender que algunos de los servicios proporcionados a usted pueden no estar cubiertos por su plan de seguro actual. Por lo tanto, es importante que consulte con su compañía de seguros para verificar sus beneficios. Usted será responsable del pago total de cualquier servicio no cubierto por su seguro al momento de su visita.

### **Productos y Provisiones de DME (Equipo Médico Durable)**

Todos los productos sin receta comprados no son reembolsables. Todos los equipos médicos duraderos (DME), como aparatos ortopédicos para el tobio/pie, zapatos y botas para caminar, etc. no son reembolsables una vez dispensados.

### **Cirugía**

Algunos procedimientos quirúrgicos menores se realizan en nuestra oficina. La mayoría de las compañías de seguros los categorizan en la categoría de "cirugía", lo que significa que el procedimiento se puede aplicar a un deducible o coseguro quirúrgico. Por lo tanto, se le puede cobrar una cantidad superior al copago regular en su visita. Si el procedimiento no está cubierto por su seguro, le requerimos un pago de 100% en el momento de la cirugía.

### **Citas**

Nuestro objetivo es brindarle servicios de la manera más cómoda y oportuna posible. Para lograrlo, le pedimos que llegue a tiempo a sus citas. Sabemos que su tiempo es valioso y nos esforzamos en mantenernos a tiempo, mientras proporcionamos a cada paciente cuidado personalizado. Sin embargo, las emergencias ocurren, y pueden causar retrasos en nuestro horario. Trataremos de mantenerle informado de estos retrasos en caso que surjan. **Si usted tiene que cancelar una cita, le pedimos que nos notifique con al menos 24 horas de antemano. Hay una tarifa de \$35 por cada vez que no se presente a una cita.**

### **Para Volver a Ordenar Recetas**

Las solicitudes para volver a ordenar recetas o solicitudes para cambios serán procesadas dentro de 24 horas después de ser recibidas, durante los horarios regulares de la oficina. Por favor, póngase en contacto con su farmacia para que una solicitud por escrita pueda ser enviada por fax a nuestra oficina. Ninguna solicitud de receta o cambio de receta será procesada después de los horarios regulares de oficina o en fin de semana.

### **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nuestra oficina sigue todas las leyes de Prácticas de Privacidad (HIPAA) según lo requiere la ley. El aviso de prácticas de privacidad se publica en nuestra sala de espera. Si lo solicita, se le proporcionará una copia en papel o en forma electrónica. He leído (o tuve la oportunidad de leer, sí así lo eligí) y entiendo el aviso.

Gracias por elegirnos para sus necesidades de cuidado de los pies. Si tiene alguna pregunta con respecto a estas políticas, notifíqueme a un miembro de nuestra oficina durante horas regulares. Haremos todo lo posible para asegurar su entendimiento de nuestras políticas de modo que nos podamos concentrar en usted y su cuidado. Reconozco que he leído y entiendo los contenidos de las políticas financieras y políticas de la oficina para Trinity Foot Center, PC.

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padre / Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha