**TRINITY FOOT CENTER**
Lisa J. Brandy, DPM | 1801 N. Hampton Rd., Ste. 340, DeSoto, TX 75115
Tel. 972-293-9650 | Fax 972-291-2533

# 1. Información del paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

¿En qué número prefiere que nos comuniquemos con usted? ☐ Celular ☐ Casa

Correo electrónico: _____

## Información demográfica

Origen étnico: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino ☐ Prefiero no responder

Idioma principal: ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____

Raza: ☐ Blanca ☐ Negra o afroamericana ☐ Asiática ☐ Indígena estadounidense ☐ Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Prefiero no responder

Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a

Empleador: _____ Ocupación: _____

¿Cómo se enteró de nuestra clínica? ☐ Amigo/familiar ☐ Google ☐ Médico ☐ Yelp ☐ Seguro médico ☐ Internet ☐ Otro: _____

## Médicos, contacto de emergencia y farmacia

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última consulta: _____

Médico que trata su diabetes (si corresponde): _____

Fecha de la última consulta: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Parentesco o relación: _____

Farmacia: _____ Dirección y ciudad: _____

¿Autoriza a nuestra clínica a obtener electrónicamente su lista de medicamentos de la farmacia, si está disponible? ☐ Sí ☐ No

## Preferencias de comunicación y autorización

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Teléfono ☐ Correo postal ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto

¿Autoriza que dejemos un mensaje detallado sobre su atención médica? ☐ Sí ☐ No

Personas a quienes autoriza a divulgar su información médica: _____

# 2. Información del seguro médico

## Seguro principal

Nombre de la aseguradora: _____

Número de identificación del afiliado: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____ Empleador: _____

## Seguro secundario (si corresponde)

Nombre de la aseguradora: _____

Número de identificación del afiliado: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____

## Notificación de cambios

Me comprometo a informar oportunamente a Trinity Foot Center si cambia cualquiera de los datos proporcionados, incluidos mi nombre, número de teléfono o información del seguro médico.

Firma del paciente o de su padre, madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

**TRINITY FOOT CENTER**
Lisa J. Brandy, DPM | 1801 N. Hampton Rd., Ste. 340, DeSoto, TX 75115
Tel. 972-293-9650 | Fax 972-291-2533

# 3. Antecedentes médicos — Parte A

Nombre del paciente: _____

Describa con sus propias palabras el motivo de su visita:

_____

_____

¿Su visita está relacionada con una lesión ocurrida en el trabajo? ☐ Sí ☐ No

Talla de calzado: _____ Estatura: _____ Peso: _____

¿Fuma actualmente? ☐ Sí ☐ No Si no fuma actualmente, ¿fumaba antes? ☐ Sí ☐ No

## Embarazo y lactancia (si corresponde)

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, ¿de cuántos meses? _____

¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No

## Medicamentos

Anote todos los medicamentos que toma o utiliza actualmente:

_____

_____

_____

## Alergias

Indique si tiene alergia o ha tenido alguna reacción a lo siguiente:

| | |
|---|---|
| Aspirina ☐ Sí ☐ No | Lidocaína (anestesia local) ☐ Sí ☐ No |
| Curitas, vendas o cinta adhesiva ☐ Sí ☐ No | Medicamentos con sulfas ☐ Sí ☐ No |
| Látex ☐ Sí ☐ No | Penicilina ☐ Sí ☐ No |
| Esteroides ☐ Sí ☐ No | Otras alergias: _____ |

## Cirugías anteriores

_____

# 3. Antecedentes médicos — Parte B

Nombre del paciente: _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones? Marque todas las que correspondan.

| | |
|---|---|
| Huesos, músculos y articulaciones<br>☐ Artritis<br>☐ Gota<br>☐ Dolor en las articulaciones<br>☐ Dificultad para caminar con estabilidad | Respiración<br>☐ Falta de aire<br>☐ Asma<br>☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |
| Nervios y sensibilidad<br>☐ Calambres en piernas o pies<br>☐ Entumecimiento en piernas o pies<br>☐ Hormigueo en piernas o pies<br>☐ Ardor en piernas o pies<br>☐ Dolor punzante o como descargas | Estómago y digestión<br>☐ Úlceras estomacales o reflujo ácido<br><br>Hormonas<br>☐ Diabetes<br>☐ Problemas de la tiroides |
| Corazón, circulación y riñones<br>☐ Uso de medicamentos anticoagulantes<br>☐ Marcapasos<br>☐ Desfibrilador implantado<br>☐ Enfermedad del corazón<br>☐ Presión arterial alta<br>☐ Enfermedad de los riñones<br>☐ Derrame cerebral (accidente cerebrovascular) | Memoria y salud emocional<br>☐ Enfermedad de Alzheimer<br>☐ Depresión o ansiedad<br><br>Otros antecedentes<br>☐ Consumo problemático de drogas<br>☐ Cáncer<br>☐ VIH/SIDA |
| Ojos<br>☐ Cataratas<br>☐ Glaucoma | Piel y pies<br>☐ Eccema<br>☐ Mal olor de los pies |

☐ Ninguna de las anteriores

## Antecedentes médicos familiares

Marque las enfermedades que haya tenido cada familiar.

| |
|---|
| Padre<br>☐ Diabetes ☐ Enfermedad renal ☐ Presión alta<br>☐ Cáncer ☐ Ninguna ☐ No sé |
| Madre<br>☐ Diabetes ☐ Enfermedad renal ☐ Presión alta<br>☐ Cáncer ☐ Ninguna ☐ No sé |

Firma del paciente o de su padre, madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

TRINITY FOOT CENTER
Lisa J. Brandy, DPM | 1801 N. Hampton Rd., Ste. 340, DeSoto, TX 75115
Tel. 972-293-9650 | Fax 972-291-2533

# POLÍTICAS DEL CONSULTORIO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

## Autorización para recibir tratamiento y para el pago del seguro

Autorizo a Trinity Foot Center a proporcionarme tratamiento médico. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y a hablar sobre todos los tratamientos médicos con el profesional clínico que me atiende. Por la presente, autorizo que los beneficios médicos facturados a mi compañía de seguros se paguen directamente a Trinity Foot Center, PC, el consultorio de Lisa J. Brandy, DPM. Acepto pagar oportunamente cualquier servicio que se me proporcione y que no esté cubierto por mi póliza de seguro. Acepto pagar todos los copagos, deducibles, coseguros y productos vendidos por Trinity Foot Center, PC. Autorizo al proveedor antes mencionado a divulgar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios cualquier información necesaria para la reclamación o una reclamación médica relacionada. Asimismo, autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Entiendo que soy responsable económicamente de los cargos que no cubra mi seguro. Los beneficios indicados por su compañía de seguros no constituyen una garantía de pago.

## Servicios no cubiertos

Es importante comprender que algunos de los servicios que se le proporcionen podrían 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 de pagar la totalidad de los servicios que su seguro no cubra en el momento de su visita.

## Productos y suministros de equipo médico duradero (DME)

Todos los productos de venta libre adquiridos no son reembolsables. Todo equipo médico duradero (DME), como soportes ortopédicos para el tobillo o el pie, zapatos y botas para caminar, entre otros, no es reembolsable una vez entregado.

## Cirugía

Algunos procedimientos quirúrgicos menores se realizan en nuestro consultorio. La mayoría de las aseguradoras los clasifican como «cirugía», lo que significa que el procedimiento podría estar sujeto a un deducible o coseguro quirúrgico. Por lo tanto, es posible que se le facture un importe adicional al copago habitual de la consulta. Si su seguro no cubre el procedimiento, exigiremos el pago del 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 puntualmente a sus citas. Sabemos que su tiempo es valioso y procuramos cumplir con los horarios mientras ofrecemos atención personalizada a cada paciente. Sin embargo, pueden surgir emergencias que ocasionen retrasos en nuestra agenda. Trataremos de mantenerle informado si esto sucede. Si necesita cancelar una cita, le pedimos amablemente que nos avise con al menos 24 horas de anticipación. Se cobrará un cargo de $35 por cada ocasión en que no se presente a una cita.

## Recetas médicas

Permita un plazo de 24 horas para procesar y enviar a su farmacia las solicitudes de recetas nuevas, renovaciones o cambios de medicamentos. Para solicitar renovaciones, comuníquese con su farmacia a fin de que nos envíe una solicitud por escrito por fax. No se atenderán solicitudes de renovación o modificación de recetas fuera del horario habitual del consultorio ni durante los fines de semana.

## Aviso de prácticas de privacidad

Nuestro consultorio cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y con las leyes sobre prácticas de privacidad, según lo exige la ley. El aviso de prácticas de privacidad está publicado en nuestra sala de espera. Si lo solicita, se le proporcionará una copia impresa o electrónica. He leído (o he tenido la oportunidad de leer, si así lo deseaba) y comprendido dicho aviso.

Gracias por elegirnos para atender sus necesidades de cuidado de los pies. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, comuníquese con un miembro de nuestro personal administrativo durante el horario habitual. Haremos todo lo posible por asegurarnos de que comprenda nuestras políticas para poder concentrarnos en usted y en su atención. Reconozco que he leído y comprendido el contenido de las políticas financieras y del consultorio de Trinity Foot Center, PC.

Firma del paciente o de su padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____