



INFORMACIÓN DE PACIENTE

Primer nombre: _____ Apellido: _____ 2do Nombre: _____ Género: M ___ F ___
Sufijo(Jr,Sr,III): _____ SS#: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Estado civil: Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Pareja doméstica ___ Divorciado(a) ___ Separado(a) ___ Viudo(a) ___
Menor de edad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Hogar:() _____ Celular: () _____ Empresa/Trabajo:() _____
Contacto preferido: Hogar ___ Celular ___ Empresa/Trabajo ___
Podemos dejar mensajes detallados en este número? SI ___ NO ___
Correo Electrónico: _____
Empleado(a): Sí ___ NO ___ Nombre de Empleador: _____ Ocupación: _____
Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ #Telefonico: () _____

NOTA: Para que podamos presentar un reclamo en su nombre, esta sección debe completarse en su totalidad

PARTE RESPONSABLE DE LA CUENTA (SI ES DIFERENTE QUE EL/LA PACIENTE)

Nombre: _____ Relación al paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Hogar:() _____ Celular: () _____ Empresa/Trabajo:() _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre de Seguro Primario: _____ Tipo de Plan:HMO ___ PPO ___ Otro: _____
Numero de Póliza: _____ # de Grupo: _____ Fecha efectiva: _____
Nombre de asegurado(a): _____ Empleador: _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____
Nombre de Seguro Secundario: _____ Tipo de Plan:HMO ___ PPO ___ Otro: _____
Numero de Póliza: _____ # de Grupo: _____ Fecha efectiva: _____
Nombre de asegurado(a): _____ Empleador: _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

INFORMACIÓN DE VISITA:

Por favor describa brevemente el motivo de su visita: _____

En qué pie está el problema?: Izquierda ___ Derecha ___ Ambos ___ Qué talla calza?: _____

Estatura: _____ Peso actual: _____
 Cómo se enteró de nuestra práctica?: Médico __ Internet __ Amigo(a) __ Otro: _____
 A quién podemos agradecer específicamente por su referencia?: _____
 Médico de Atención Primaria: _____ Número de su médico: () _____
Nombre de farmacia: _____ **Número telef. De farmacia:** _____
Dirección de farmacia: _____

HISTORIAL MÉDICO

Liste todas las afecciones médicas para las que toma medicamentos: _____

Liste las lesiones graves y la edad a la que ocurrieron: _____

Liste alguna alergia y el tipo de reacción: _____

Liste todas las cirugías previas: _____

Liste todos los medicamentos que usted toma diariamente: _____

Usted usa: Tabaco __ Alcohol __ Drogas __ Frecuencia de uso: _____

IMMUNIZACIONES:

Sarampión __ Paperas __ Tétanos __ Polio __ Influenza __ Tifoidea __ Varicela __ Tuberculosis __
 Neumonía __ Otro __ Por Favor liste si otro: _____

HISTORIAL FAMILIAR Hay antecedentes familiares de alguna de estas enfermedades?

Tuberculosis __ Corazón __ Migrañas __ Cáncer __ Riñón __ Columna __ Diabetes __ Gota __ Artritis __
 Hipertensión __ Epilepsia __ Mental __ Otra __

REVISIÓN DE SISTEMAS

Constitucional	O Fiebre	O Escalofríos	O Náusea	O Vómito
Cabeza	O Mareo	O Desmayo	O Dolor de cabeza	
Respiratorio	O Tos	O Respiración Dificultosa	O Falta de Aliento	O Resollar

Cardiovascular	O Dolor de Pecho O Varicose pain	O Calambres de piernas/pies -Injerto Vascular	O Ulcera de pie o pierna	O Palpitaciones
Gastrointestinal	O Constipacion	O Diarrea	O Sed Excesiva	O Acidez
Musculoesquelético	O Artritis O Dolor muscular	O Problema Espaldar O Rigidez	O Dolor de articulación O Debilidad	O Calambre Muscular
Piel	O Pie de atleta Uñero	O Resequedad Comezon	O Hongos en las Uñas	O Ronchas
Neurológica	O Ardor O Temblores	O Desmayo	O Entumecimiento	O Hormigueo
Hematológico	O Anemia	O Sangría Abnormal	O Sangra Facilmente	O Moretones Frecuentes
Genitourinario	O Ardor	O Orina Excesiva	O Cálculos Renales	

Firma: _____ Fecha: _____

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir Texas Foot and Ankle Specialists como parte de su equipo de atención médica. Estamos comprometidos a satisfacer sus necesidades de atención médica y mantener su seguro y otros arreglos financieros lo más simple posible. Le pedimos que se tome unos minutos para leer nuestra póliza financiera y firme a continuación.

Al firmar a continuación, acepta estos términos

1. Usted es el responsable final por pagos o cobros que usted reciba de esta práctica incluyendo los pagos que son cubiertos por su seguro médico. Para su comodidad, esta práctica presenta reclamos de reembolso con su proveedor de seguros; sin embargo, **toda responsabilidad de los pagos es finalmente suya.**
2. Si usted no tiene seguro médico, usted es responsable de todos los servicios prestados.
3. Su póliza de seguro es un contrato que existe entre usted y su compañía de seguros, Nuestra relación es con usted, el paciente, no la compañía de seguros. Si usted tiene preguntas sobre su póliza, por favor llame al número proveído en la parte trasera de su tarjeta de seguros.
4. Es su responsabilidad conocer los detalles de su póliza. (Requisitos de referencia, instalaciones y médicos que estén dentro o fuera de red, etc) la mayoría de pólizas de seguro privadas ahora tienen deducibles, copagos, coseguros, máximos y limitaciones (Gasto que son fuera del bolsillo).
5. Pago inmediato será esperado en el momento del servicio. Esto puede incluir un copago y pago adicional si es que esta práctica determina que el costo de la visita hoy día no será reembolsada por su proveedor de seguro médico. Esto sucede a menudo si el deducible aún no está cumplido.
6. Esta práctica puede negar servicio por falta de pago o responsabilidad del paciente en el momento del servicio.
7. Si sus gastos fuera de bolsillo anuales aún no se han cumplido, y si Texas Foot and Ankle Specialists puede estimar su atención médica, se le pedirá que pague la responsabilidad total estimada del paciente durante su visita basada en su plan de cobertura de seguro.
8. No se garantiza que las estimaciones de atención reflejen los cargos finales de su visita. Su compañía de seguro médico tomará la determinación final de cuanto debe después de que se procede el reclamo de su visita.
9. Si usted no puede pagar el costo total de su cuidado hoy, arreglos de pago pueden ser disponibles. Vamos a requerir que se almacene una tarjeta de crédito en el archivo para todo arreglo de pagos. En adición, Texas foot and Ankle Specialists ofrece planes de care credit para los que lo necesiten.
10. Si no se han cumplido sus gastos anuales de bolsillo, y si Texas Foot and Ankle Specialists no puede estimar su atención, se le pedirá que pague un depósito de \$125 durante su visita. Esto se aplicará a su cuenta y se enviará un estado de cuenta que refleje cualquier monto adicional adeudado después de la respuesta de su asegurador.
11. Si su cuenta refleja un crédito luego de la determinación final de reclamo por parte de su compañía de seguros, le enviaremos un cheque por correo dentro de 30 días después del recibo de la determinación final de reclamo.
12. **Nuestro personal no puede garantizar el pago final de su compañía de seguros.** Si usted tiene alguna duda, le aconsejamos que contacte a su compañía de seguro.

13. Confiamos en usted para informarnos de todos los seguros vigentes y para notificar a la oficina de inmediato sobre cualquier cambio con su seguro. Si usted no nos informa de los cambios, usted será responsable de los servicios dados.
14. Si no se nos proporciona TODA la información del seguro en el momento del servicio, usted será responsable de pagar a Texas Foot and Ankle Specialists directamente a nuestra tarifa de autopago y luego enviar para reembolso de su compañía de seguros.
15. Cuando existen múltiples pólizas de seguro, es la responsabilidad del paciente informarnos cual póliza es el plan primario. Si no se nos proporciona TODA la información de seguro médico en el momento del servicio, usted será responsable de pagar a Texas Foot and Ankle Specialists directamente y luego enviar para reembolso de su compañía de seguros.
16. Cuentas vencidas por más de 90 días, serán enviadas a nuestra agencia de colecciones y una multa administrativa de \$35 será añadida al balance de la cuenta.
17. PÓLIZA DE CITAS PERDIDAS: Si usted pierde una cita o cancela una cita en menos de 24 horas de la hora de la cita, se le puede cobrar una multa de \$25. Multas de citas perdidas son la responsabilidad del paciente.

He leído y entiendo la póliza financiera de Texas Foot and Ankle Specialists

Nombre del Paciente (escrito) _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Guardian _____

Firma _____

Fecha: _____



P David Applegate DPM | Rayven Bridges DPM
24022 Cinco Village Center Blvd. Suite 240
Katy, TX 77494
p: 832-376-8600 f: 832-376-8686
www.TXFootAnkle.com

DIVULGACIÓN DE REGISTRO MÉDICO (OPCIONAL)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar este formulario, yo doy mi consentimiento para divulgar mi información de salud confidencial mediante la publicación de una copia de mis registros médicos o un resumen o narrativa de mi información de salud protegida a la organización o persona nombrada.

La información que puede divulgar en este formulario de divulgación firmado es la siguiente:

- Todos los registros
- Notas de progreso
- Reportes de Radiología/Imágenes
- Informes Operativos

Doy mi consentimiento para divulgar mi información de salud protegida a la organización o persona nombrada:

Se puede enviar a: _____
Relación al paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono: _____

<p>_____ Nombre del Paciente</p> <p>_____ Fecha de Nacimiento o Número de Social</p> <p>_____ Fecha</p>	<p>_____ Firma del Paciente o del Representante Personal</p> <p>_____ Nombre Escrito del Paciente o Representante</p> <p>_____ Descripción de la Autoridad del Representante</p>
---	--

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICA FINANCIERA

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE VISITA: _____

En un esfuerzo por brindar transparencia en los precios a nuestros pacientes, Texas Foot and Ankle Specialists **ahora le brinda estimaciones de costo durante las visitas de ciertos planes de seguro.** Escriba sus iniciales en los espacios a continuación de nuestro política financiera para confirmar su comprensión de nuestras políticas.

Al poner mis iniciales a continuación, entiendo y reconozco que:

_____ Si no se han cubierto mis gastos anuales de bolsillo, y Texas Foot and Ankle Specialists **PUEDEN ESTIMAR MI CUIDADO.**

se me pide que pague hoy mi responsabilidad total estimada como paciente según la cobertura de mi plan de seguro.

_____ **No se garantiza que las estimaciones de cuidados reflejen mi cargos finales por mi visita de hoy.** Mi compañía de seguros hará una determinación final sobre cuánto debo después de que el reclamo de mi visita sea procesado.

_____ Si no se han cubierto mis gastos anuales de bolsillo, y Texas Foot and Ankle Specialists **NO PUEDE ESTIMAR MI CUIDADO, se me requiere pagar un depósito de \$ 125 hoy.**

_____ Soy responsable en última instancia de todos los cargos incurridos mientras esté bajo atención de Texas Foot and Ankle Specialists, **y recibiré un estado de cuenta para cualquier saldo final adeudado por la visita de hoy.**

Aviso de la privacidad de Prácticas

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE.

Usos y Divulgaciones

Tratamiento. Su información de salud puede ser utilizada por miembros del personal o ser divulgada a otros profesionales de salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas, y para proveer tratamiento. Por ejemplo, resultados de muestra de laboratorios y procedimientos serán disponibles en su historial médico a todos los profesionales de salud que pueden brindar tratamiento o que puedan ser consultados por miembros del personal.

Pagos. Su información de salud puede ser utilizada para buscar pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como un asegurador de automóviles, o de compañías de tarjeta de crédito que usted pueda utilizar para pagar por servicios.

Operaciones de Salud. Su información de salud puede ser utilizada según sea necesario para apoyar las actividades de día a día y administración de Texas Foot and Ankle Specialists. Por ejemplo, la información sobre el servicio que recibió puede utilizarse para respaldar la elaboración de presupuestos y los informes financieros y actividades para evaluar y promover calidad.

Cumplimiento de la ley. Su información de salud puede ser divulgada a agencias de cumplimiento de la ley para apoyar las auditorías e inspecciones gubernamentales para facilitar las investigaciones policiales y cumplir con los informes obligatorios del gobierno. **Reporte de salud pública.** Su información de salud puede ser divulgada a agencias de salud pública como lo requiere la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado. **Otros usos y divulgaciones requieren su autorización.** Divulgación de su información médica o uso para cualquier propósito aparte de las enumeradas anteriormente requiere específicamente su autorización por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar un uso o divulgación de su información usted puede someter una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no va a afectar o deshacer cualquier uso o divulgación de información que haya ocurrido antes de que nos notifique su decisión de revocar su autorización.

Usos de Información Adicionales

Recordatorios de citas. Su información médica será usada por nuestro personal para enviarle recordatorios de citas. **Información de Tratamientos.** Su información médica podrá ser utilizada para enviarle información que le puede interesar en el tratamiento y manejo de su condición médica.

Derechos individuales.

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas de privacidad federal. Estos incluyen:

- . El derecho de solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica
- . El derecho de recibir comunicaciones confidenciales acerca de sus registros médicos y tratamientos
- . El derecho de inspeccionar y copiar sus registros médicos protegidos
- . El derecho de enmendar o presentar correcciones a sus registros médicos protegidos
- . El derecho de recibir un informe de cómo y a quién se le ha revelado su información médica.
- . El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Deberes de Texas Foot and Ankle Specialists

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de sus registros médicos y a proveer con este aviso de prácticas privadas. También se nos requiere cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad

VERSION 7.2020 1

Según lo permitido por la ley, reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras pólizas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. A pedido, le proporcionaremos el aviso revisado más reciente en cualquier visita al consultorio.

Solicitudes para inspeccionar información de salud protegida

Generalmente puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información protegida de salud se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros comunicándose con David Applegate, DPM. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que existan razones legales o médicas para que sean negadas.

Quejas

Si usted quisiera presentar una queja o comentario sobre nuestra práctica privada, usted puede hacerlo enviando una carta que describa sus quejas a:

Amanda Knowles

OFFICE MANAGER

Texas Foot and Ankle Specialists

24022 Cinco Village Center Blvd. Suite 240.

Katy, TX 77494

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, debe llamar la atención sobre el asunto enviando una carta que describa la causa de su inquietud a la misma dirección.

No se lo penalizará ni se tomarán represalias por presentar una queja.

Persona de Contacto

El nombre y dirección de la persona que usted puede contactar para información adicional con respecto a nuestras prácticas de privacidad

es: **Amanda Knowles**

OFFICE MANAGER

Texas Foot and Ankle Specialists

24022 Cinco Village Center Blvd. Suite 240.

Katy, TX 77494