

ABSOLUTE



FOOT & ANKLE CARE

A gentle approach to your foot and ankle care

Estimado paciente:

Gracias por elegir nuestro consultorio para su atención podológica. Esperamos poder brindarle la mejor atención médica.

Los formularios adjuntos se le envían con anticipación para que tenga tiempo de leerlos y completarlos detenidamente.

1. El Registro de Información de Paciente Nuevo debe ser completado y firmado. Lleve sus tarjetas del seguro médico a su visita. Nosotros solicitaremos hacer una copia de estas para su expediente.

Si su seguro requiere una derivación o una autorización, asegúrese de que su médico de atención primaria se ha hecho cargo de ese requisito antes de su cita. Sin la autorización adecuada, es posible que su cita tenga que ser reprogramada.

2. El Cuestionario de Salud y la Revisión de Sistemas le proporcionan al médico un historial médico completo en su primera visita. Complete todas las páginas lo más que pueda.
3. La Exención del Paciente es un acuerdo que aborda la responsabilidad del paciente con respecto al pago de cargos que su seguro no cubre.

**Traiga estos formularios completos a su primera visita
junto con su identificación con fotografía y las tarjetas del seguro.**

Si tiene preguntas con respecto a estos formularios, llame a nuestro consultorio al (619) 425-5500.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Complete este formulario para garantizar la facturación adecuada de sus servicios.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino Otro N.º de Seg. Soc.: _____

Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Marque la casilla para indicar su medio de comunicación preferido)

Celular: _____

Teléfono de casa: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Estado civil: _____

Raza: Indígena americano/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico Asiático
 Hawaiano/Otra isla del Pacífico Otra Se negó a responder Desconocida

Origen étnico: No hispano/Latino Hispano/Latino Se negó a responder Desconocido

Idioma: _____ Se necesita intérprete: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____ Otro teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Médico que lo deriva: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?: Internet Amigos/Familiares Derivación médica Seguro Otro _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Información del seguro primario Nombre del plan: _____

Titular del seguro: _____

N.º de ID del seguro: _____ N.º de grupo: _____ N.º de plan: _____

Información del seguro secundario Nombre del plan: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de vigencia: _____

N.º de ID del seguro: _____ N.º de grupo: _____ N.º de plan: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA Y LABORATORIO

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

Dirección: _____

AUTORIZACIÓN

¿Tenemos permiso para hablar con otra persona (cónyuge, familiar del afiliado) acerca de su afección médica o información de su cuenta? Sí No

Además de usted, ¿quién está autorizado a hablar sobre su salud médica?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con usted: _____
(en letra de molde)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con usted: _____
(en letra de molde)

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE BENEFICIOS

Por medio de la presente cedo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos los beneficios de gastos médicos mayores a los que tenga derecho, incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud a nuestra consulta.

Esta cesión permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión debe considerarse válida como original. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por dicho seguro. Por medio de la presente, autorizo a dicho beneficiario a divulgar información médica para garantizar el pago.**

Firmado: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____
(apellido) (nombre) (segundo nombre)

Queja principal: _____ Médico que lo derivó: _____

CIRUGÍAS Y ENFERMEDADES GRAVES

Mencione todas las cirugías y enfermedades médicas graves que haya tenido:

Tipo de cirugía y motivo	Año	Nombre de la enfermedad grave y duración:	Año

ALERGIAS

10. ¿Ha tenido problemas con algún estudio de radiografías en el pasado? SÍ NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Qué tipo de reacción? _____

11. ¿Es alérgico al tinte IVP o al yodo? SÍ NO

12. ¿Tiene asma? YES NO ¿Tiene eccema? YES NO ¿Tiene alergia al polen? SÍ NO

13. Alergias a cualquiera de los siguientes: Látex Penicilina Aspirina Codeína Otra _____

MENCIONE TODAS LAS ALERGIAS CONOCIDAS:

TIPO DE REACCIÓN

MENCIONE TODAS LAS ALERGIAS CONOCIDAS:	TIPO DE REACCIÓN

MEDICAMENTOS

Mencione todos los medicamentos que toma actualmente:

Nombre del fármaco	Concentración	Cantidad	Frecuencia	Tiempo que lo tomó

13. ¿Toma alguno de estos anticoagulantes? Coumadin Pradaxa Plavix Pletal Aspirina Eliquis

ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre	Edad	Vive	Enfermedad	Fallecido	Causa de la muerte
Padre					
Madre					
Cónyuge (si está casado/a)					
Hermanos/hijos (menciónelos)					

REVISIÓN DE SISTEMAS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Dificultad auditiva/Sordera | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Articulaciones con dolor/inflamadas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> ERET | <input type="checkbox"/> Mal de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tos productiva |
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Corazón: fibrilación auricular, arritmia, infarto mioc., palpitaciones | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ardor/Urgencia (orinar) | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> VIH positivo/SIDA | <input type="checkbox"/> Hormigueo/Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> ERC | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Úlceras (estómago) |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Salud mental: demencia, Alzheimer | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Grado de estudios: Primaria Preparatoria Universidad Postgrado

¿Fuma? No Sí ___ paquetes al día Quiere dejarlo ¿Bebe? Nunca Socialmente Alcohólico en recuperación

¿Se ejercita con regularidad? No Sí (especifique): _____

¿Talla de zapatos? 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 Angosto Regular Ancho Extra ancho

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestro deber legal

Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen mantener la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a brindarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003 y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer efectivos los cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica protegida que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Puede solicitar una copia de nuestro aviso (o cualquier aviso revisado posterior) en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros usando la información que figura al final de este aviso.

Usos y divulgaciones de la información médica protegida

Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información médica protegida que pueden ocurrir. Estos ejemplos no tienen el propósito de ser exhaustivos, sino que describen los tipos de usos y divulgaciones que puede hacer nuestro consultorio.

Tratamiento: usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica domiciliaria que le proporcione servicio. También divulgaremos información médica protegida a otros médicos que puedan brindarle tratamiento. Por ejemplo, su información médica protegida se le puede proporcionar a un médico al que le hayan derivado para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarle. Además, podemos divulgar su información médica protegida de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (p. ej., un especialista o un laboratorio)

que, a solicitud de su médico, participa en su atención al brindarle asistencia con su diagnóstico o tratamiento a su médico.

Pago: su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, por ejemplo: realizar una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro, revisar los servicios proporcionados para proteger su necesidad de salud y emprender actividades de revisión de uso. Por ejemplo, para obtener la aprobación para una hospitalización podría ser necesario que se divulgue su información médica protegida relevante al plan de salud, con el fin de obtener la aprobación para su ingreso hospitalario.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, con el fin de llevar a cabo ciertas actividades comerciales y operativas. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes, concesión de licencias y realización o coordinación de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar una hoja de registro en el escritorio donde se le pedirá que firme con su nombre. También es posible que lo llamemos por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted por teléfono o por correo para recordarle su cita. Compartiremos su información médica protegida con terceros "socios comerciales" que realizan diversas actividades (p. ej., facturación, servicios de transcripción) para la consulta. Siempre que un acuerdo entre nuestro consultorio y un asociado comercial implique el uso o la divulgación de la información médica protegida, contaremos con un contrato por escrito que contendrá términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos usar y divulgar su información médica protegida para otras actividades de comercialización. Por ejemplo, su nombre y dirección pueden utilizarse para enviarle un boletín informativo sobre nuestra consulta y los servicios que ofrecemos. También podemos enviarle información sobre productos o servicios que creemos que pueden ser beneficiosos para usted. Puede comunicarse con nosotros para solicitar que estos materiales no se le envíen.

Usos y divulgaciones basadas en su

autorización por escrito: Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizarán únicamente con su autorización, a menos que la ley permita o exija otra cosa, tal como se

describe a continuación. Puede otorgarnos autorización por escrito para usar o divulgar la información médica protegida a cualquier persona y para cualquier propósito. Si nos concede una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará el uso o las divulgaciones permitidas por su autorización mientras estuvo vigente. Sin su autorización por escrito, no divulgaremos su información de atención médica excepto en los casos descritos en este aviso.

Otras personas que participan en su atención médica:

A menos que se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar información médica protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, condición general o muerte.

Mercadotecnia: podemos usar su información médica protegida para comunicarnos con usted con información sobre alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Podemos divulgar su información médica protegida a un socio comercial para que nos ayude en estas actividades. A menos que la información se le proporcione a través de un boletín informativo general o en persona o sea para productos o servicios de valor nominal, puede optar por no recibir más información indicándonoslo utilizando la información de contacto que figura al final de este aviso.

Investigación; muerte; donación de

órganos: Podemos usar o divulgar su información médica protegida con fines de investigación en circunstancias limitadas. Podemos divulgar la información médica protegida de una persona fallecida a un médico forense, inspector de salud, director de servicios funerarios u organización para la obtención de órganos con ciertos fines.

Salud y seguridad pública: Podemos divulgar su información médica protegida, en la medida en que sea necesario, para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros. Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia gubernamental autorizada para supervisar el sistema de atención médica o los programas del gobierno o sus contratistas, así como a las autoridades de salud pública para fines de salud pública.

Supervisión de la salud: Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones.

Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen a las agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios del gobierno y las leyes de los derechos civiles.

Abuso o abandono: Podemos divulgar su información médica protegida a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir informes de abuso o abandono infantil. Además, podemos divulgar su información médica protegida a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información si consideramos que ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. En este caso, la divulgación se hará de conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

Administración de Alimentos y Medicamentos

Medicamentos: Podemos divulgar su información médica protegida requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) a una persona o compañía para informar sobre eventos adversos, defectos o problemas, desviaciones biológicas, rastreo de los productos; para permitir su retiro; para realizar reparaciones o reemplazos; o para llevar a cabo una vigilancia posterior a la comercialización, según sea necesario.

Actividad delictiva: De acuerdo con las leyes federales y estatales vigentes, podemos divulgar su información médica protegida si consideramos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o minimizar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información médica protegida, si fuera necesario, para que las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley identifiquen o arresten a una persona.

Exigidos por la ley: podemos usar o divulgar su información médica protegida cuando estamos obligados a hacerlo por ley. Por ejemplo, debemos divulgar su información médica protegida al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., previa solicitud, con el fin de determinar si cumplimos con las leyes federales de privacidad. Podemos divulgar su información médica protegida cuando lo autorice la indemnización del trabajador o las leyes similares.

Proceso y procedimiento: Podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden de un tribunal o administrativa, citación judicial, petición de descubrimiento u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, una orden de detención o citación de un gran jurado, podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar información limitada a un oficial de policía

con respecto a la información médica protegida de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de un delito o persona desaparecida. Podemos divulgar la información médica protegida de un recluso u otra persona que esté en custodia legal a un oficial de policía o a una institución penitenciaria en determinadas circunstancias. Podemos divulgar información médica protegida cuando sea necesario para ayudar a los oficiales de policía a capturar a una persona que haya admitido haber participado en un delito o que haya escapado de la custodia legal.

Derechos del paciente

Acceso: tiene derecho a revisar u obtener copias de su información médica protegida, con limitadas excepciones. Debe presentar una solicitud por escrito a la persona de contacto que se indica a continuación para obtener acceso a su información médica protegida. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que figura al final de este aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$___ por cada página, \$___ por hora por tiempo del personal para localizar y copiar su información médica protegida y gastos de envío si desea que las copias se le envíen por correo. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica protegida por una tarifa. Comuníquese con nosotros usando la información que figura al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Informe de divulgaciones: Tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información médica protegida para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades determinadas después del 14 de abril de 2003. Después del 14 de abril de 2009, se proporcionará la contabilidad de los últimos seis (6) años. Le proporcionaremos la fecha en la que realizamos la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos su información médica protegida, una descripción de la información que divulgamos, el motivo de la divulgación y algunos otros datos. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Comuníquese con nosotros usando la información que figura al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Solicitudes de restricción: Tiene derecho a solicitar que imponamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia). Cualquier acuerdo que podamos realizar para solicitar restricciones adicionales debe estar firmado por escrito por una persona autorizada para realizar

dicho acuerdo en nuestro nombre. No estaremos obligados, a menos que nuestro acuerdo se formalice por escrito.

Comunicación confidencial: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial sobre su información médica protegida por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Debe presentar la solicitud por escrito. Debemos atender su solicitud si es razonable, especifica el medio o la ubicación alternativa y continúa permitiéndonos facturarle y cobrarle el pago. Modificación: tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica protegida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos rechazar la solicitud si no creamos la información que desea modificar o por otros motivos. Si rechazamos la solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información que desea modificar. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas o entidades que usted nombra, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Aviso electrónico: Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (*email*), tiene derecho a recibir este aviso en forma escrita. Comuníquese con nosotros usando la información que figura al final de este aviso para obtener este aviso en forma escrita.

Preguntas y quejas

Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros usando la información a continuación. Si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica protegida o en respuesta a una solicitud que hizo, puede presentar una queja ante nosotros usando la información de contacto a continuación. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección a la que deberá presentar la queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., si lo solicita. Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica protegida. No tomaremos represalias si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

FORMULARIO DE EXENCIÓN DEL PACIENTE

El médico(a) le acepta como paciente entendiendo que usted es responsable en última instancia del costo de todos los servicios profesionales que se le brinden a usted y/o a sus dependientes.

DEPENDIENDO DE LOS BENEFICIOS DEL CONTRATO DE SU SEGURO, ES POSIBLE QUE SEA RESPONSABLE DE PARTES DE LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR SU SEGURO.

HAREMOS TODO LO POSIBLE PARA TRABAJAR CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS, PERO EN CASO DE QUE HAYA ALGÚN SALDO PENDIENTE, COMUNÍQUESE CON NOSOTROS PARA LLEGAR A UN ACUERDO PARA LIQUIDAR SU CUENTA.

He leído y entiendo la política anterior.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Fecha