

Advanced Foot & Ankle of Wisconsin

Información personal del paciente (favor de completar todo el formulario)

Nombre _____ #SS _____ - _____ - _____
Apellido Nombre segundo nombre

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Tel.Casa # (____) _____ trabajo # (____) _____ Celular # (____) _____

Correo Electrónico: _____

Masculino ____ Femenino Fecha de nacimiento ____/____/____ Soltero/a ____ Casado/a ____ Divorciado ____ Separado/a ____ Viudo/a

Edad ____ Raza : ____ Afro americano ____ Asiático ____ Raza blanca ____ Hispano ____ Nativo Americano Nativo de la polinesia ____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección de empleador _____

Nombre del esposo/a _____ #SS _____ - _____ - _____

Empleador del esposo _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Contacto de emergencia _____ numero de teléfono (____) _____ Relación _____

ASEGURANZA

Persona Responsable de la cuenta / aseguranza _____

Aseguranza primaria _____ aseguranza secundaria _____

Nombre del asegurado _____ Nombre del asegurado _____

Num. De suscripción _____ Num. De suscripción _____

Num. De grupo _____ Num. De Grupo _____

****si el paciente es esposo/a o hijo /a del asegurado, favor de proveer la información:**

NSS _____ - _____ - _____ FDN ____/____/____ Num. De tel. (____) _____ Relación _____

Dirección _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

Empleador _____ Num. de tel. de trabajo _____

Yo certifico que estoy cubierto por el seguro medico que mencione arriba y estoy de acuerdo para asignar todos los beneficios, si no, pagables a mi directamente al proveedor de cuidado por los servicios prestados a mi. Yo autorizo el uso de mi firma para todos los sometimientos al seguro. El doctor puede utilizar mi información de salud y puede divulgar esta información a las compañías de seguros médicos mencionados arriba y a sus agentes, con el propósito de obtener verificación de elegibilidad al seguro y para obtener pago por los servicios que fueron proveídos. Yo entiendo que mi seguro solo puede que pagué porción de los honorarios. Entiendo que puede haber un co-pago requerido a la hora de mi cita y que puede haber balances residuales del cual yo soy responsable.

Firma del paciente o de la persona responsable del paciente

Relación

Fecha

Nombre del paciente: _____

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Dolencia o lesion

¿Cual es la razón de su visita (problema) a nuestra clínica el día de hoy? _____

¿Quien es su doctor primario? _____ ¿Cuando fue su última cita? _____

¿Ha consultado a otro doctor referente a este problema? NO YES

Si es si, ¿nombre del doctor y cuando? _____

¿Como fue referido/a nuestra practica? Referido por doctor – ¿quien? _____

TV Comercial feria de salud familiar/amigo aseguranza medica

Otro: _____

Historial medico

Cual es su estatus de fumador? Fumador fumador ocasionalmente nunca ha fumado

Favor de indicar el problema de pie o tobillo que tiene o ha tenido en el pasado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de tobillos | <input type="checkbox"/> Dolor de calcañal |
| <input type="checkbox"/> Pie de atleta | <input type="checkbox"/> unas enterradas |
| <input type="checkbox"/> Juanetes | <input type="checkbox"/> adormecimiento de pies, piernas, dedos de los pies |
| <input type="checkbox"/> Callos | <input type="checkbox"/> verrugas plantar |
| <input type="checkbox"/> Calambres en los pies/piernas | <input type="checkbox"/> inflamación de pies, piernas, dedos de los pies |
| <input type="checkbox"/> Pie plano | <input type="checkbox"/> pies cansados |

Ha sido diagnosticado con alguno de lo siguiente? (Indique con si o no)

- | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Diabetes | Tipo 1 <input type="checkbox"/> | Tipo 2 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Alta presión | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Enfermedad vascular periférica | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Onicomicosis (hongos de unas) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Fascitis plantar (inflamación de de la fascitis plantar) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

¿Le han recetado plantillas para sus pies? SI NO Si, es escogió, si, ¿todavía los usa? Si No

ALLERGIAS

¿Sufre de alguna alergia? Si No ¿cual es la reacción? _____

Aspirina: _____ Novocain: _____

Codeina: _____ Penicilina: _____

Demerol: _____ Sulfa: _____

Yodo: _____ Otro: _____

MEDICAMENTOS

Favor de indicar medicamentos que actualmente toma. _____

Cirugías /Lesiones

Indique si ha tenido alguna cirugía: _____

Indique si ha tenido alguna lesión que ha requerido hospitalización: _____

Historial medico del paciente

Indique con SI o NO si ha tenido alguno de los siguiente:

	Si	No		Si	No
Sida /HIV			Problemas de riñón		
Alergias a la anestesia			Enfermedad al hígado		
Artritis			Neuropatía		
Válvulas artificiales al Corazón o coyunturas			Cuidados siquiátricas		
Problemas de espalda			Tratamiento de radiación		
Trastorno hemorrágico/ enfermedad sanguínea			Sarpullido/ronchas		
Cáncer			Enfermedades respiratorias		
Dependencia de productos químicos			Fiebre reumática		
Dolor de pecho			Falta de oxígeno		
Problemas circulatorios			Derrames		
Diabetes			Inflamación de pies o tobillos		
Gout (inflamación de coyunturas)			Inflamación de las glándulas del cuello		
Calambres en los pies o piernas			Tuberculosis		
Dolores de cabeza			Ulceras		
Enfermedades cardiacas			Venas varicosas		
Alta presión			Enfermedades venéreas		

Tiene algún historial en su familia de una de las condiciones mencionadas anterior? SI NO

Si escogió si, favor de describir la condición e incluya la relación de el familiar con usted: _____

Esta usted o a estado bajo el cuidado con otro doctor por cualquier otra razón en los últimos do años? SI NO

Si es si, favor indicar la razón: _____

Talla de zapato? _____

Cuanto mide? _____

Cuanto Pesa? _____

Cual es su presión arterial? _____

Cual es la farmacia de su preferencia?

Nombre: _____

Localidad: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente doy el consentimiento y permiso al doctor (y asistente del doctor o al reemplazante designado) a administrar y realizar cualquier procedimiento en mi, que el doctor considerar necesario.

Firma del paciente o persona responsable

Nombre

Fecha

Relación con el paciente

Advanced Foot and Ankle of WI, LLC

Autorización de dar a conocer información.

Algunos de nuestros pacientes permiten a ciertos individuos, como, esposo/a, hijos, padres, u otros, llamar y adquirir información sobre resultados de exámenes, estados de cuenta, verificaciones de citas o cualquier información referente al paciente. Bajo la ley de HIPPA ninguna información puede darse a conocer sin el consentimiento del paciente. Si usted desea que su información sea compartida con alguien que usted autorice, por favor especifique escribiendo el nombre de la persona autorizada de recibir información.

Yo autorizo a Advanced Foot and Ankle of WI, LLC a entregar información física o verbal tales como; resultados de exámenes, estados de cuenta, o verificación de citas a los siguientes individuos:

1. _____ #de Tel. _____ Relación con el paciente _____
2. _____ #de Tel. _____ Relación con el paciente _____
3. _____ #de Tel. _____ Relación con el paciente _____

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización de dejar mensajes con un individuo/contestador automático.

De vez en cuando es necesario que un representante de Advanced Foot and Ankle of WI, LLC deje mensajes a nuestros pacientes. El propósito de estos mensajes son recordatorios de sus citas, resultados de exámenes de los cuales nuestros representantes quieren darle a conocer, u otras razones. Bajo ninguna circunstancia los representantes de Advanced Foot and Ankle of WI, LLC discutirán su condición medica sin su consentimiento. **El propósito de este consentimiento es específicamente para dejar mensaje con un miembro de su casa, contestador automático o móvil personal.**

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Desafortunada mente no hay ninguna acción que podamos hacer con la información ya entregada a individuos en la lista dada anteriormente.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Advanced Foot and Ankle of WI, LLC - AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. Respetamos la confidencialidad del paciente y solo divulgamos información de salud personal sobre usted de acuerdo con las leyes estatales y federales. Este aviso describe nuestras políticas relacionadas con el uso de los registros de su atención generados por Advanced Foot and Ankle of WI

Contacto de privacidad: Si tiene alguna pregunta sobre esta política o sus derechos, comuníquese con el Oficial de privacidad al 262-763-9007.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con el fin de brindarle atención de manera efectiva, hay ocasiones en que necesitaremos compartir su información de salud personal con otras personas fuera de Advanced Foot and Ankle of WI. Esto incluye para el tratamiento: con su permiso, podemos usar o divulgar información personal de salud sobre usted para proporcionar, coordinar o administrar su atención o cualquier servicio relacionado, incluido el intercambio de información con otras personas fuera de Advanced Foot and Ankle of WI con las que estamos consultando o a las que lo referimos.

Pago- La información se utilizará para obtener el pago de cualquier tratamiento y servicios prestados. Esto incluye comunicarse con su compañía de seguros de salud para obtener la aprobación previa del tratamiento planificado o los propósitos de facturación.

Operaciones de atención médica: podemos usar información sobre usted para coordinar nuestras actividades comerciales. Esto puede incluir programar sus citas, revisar su atención y capacitar al personal.

INFORMACIÓN DIVULGADA SIN SU CONSENTIMIENTO

Emergencias: se puede compartir suficiente información para abordar una emergencia inmediata que enfrenta.

Citas de seguimiento / atención: nos pondremos en contacto con usted para recordarle citas futuras o con respecto a información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Según lo exija la ley: esto incluye situaciones que involucran una citación, una orden judicial o un mandato para proporcionar información de salud pública, como enfermedades transmisibles o sospecha de abuso o negligencia, es decir, abuso infantil, adulto o institucional.

Forenses, directores de funerarias: podemos divulgar información de salud personal a un forense, examinador de salud personal o director funerario con el fin de llevar a cabo sus funciones.

Requisitos gubernamentales: podemos divulgar información a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, inspecciones de investigaciones y licencias. También puede ser necesario compartir información con la Administración de Alimentos y Medicamentos relacionada con eventos adversos o defectos del producto. También estamos obligados a compartir información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento con las leyes federales relacionadas con la atención médica.

Actividad criminal o peligro para otros: si se comete un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, podemos compartir información con la policía para ayudar en la aprehensión del criminal. También tenemos el derecho de involucrar a la policía y advertir a cualquier víctima potencial cuando creamos que puede existir un peligro inmediato o creemos que usted presenta un peligro para usted mismo.

DERECHOS DEL PACIENTE

Usted tiene los siguientes derechos bajo la ley estatal y federal:

Copia de sus registros médicos: tiene derecho a inspeccionar el registro de salud personal que hemos generado sobre usted. Podemos cobrar una tarifa razonable por copiar y / o enviar su registro por correo.

Divulgación de registros: puede dar su consentimiento por escrito para divulgar sus registros a otros para cualquier propósito que elija. Esto incluye a su abogado, empleador u otras personas que desee tener conocimiento de su atención. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento, pero solo en la medida en que no se haya tomado ninguna medida en función de su autorización previa.

Restricción de registro: puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos parte de su información personal de salud. Esta solicitud debe ser por escrito. No estamos obligados a aceptar su solicitud si creemos que es en su mejor interés permitir el uso y la divulgación de la información. La solicitud debe ser entregada al Director del Programa, quien consultará con el personal involucrado en su atención para determinar si la solicitud puede ser concedida.

Cómo ponerse en contacto con usted: puede solicitar que enviemos información a otra dirección o por medios alternativos. Cumpliremos con dicha solicitud siempre que sea razonable y tengamos la seguridad de que es correcta. Tenemos derecho a verificar que la información de pago que nos proporciona es correcta. Debido a la política de la agencia, no podemos proporcionar información por correo electrónico.

Modificación del registro: si cree que algo en su registro es incorrecto o incompleto, puede solicitar que lo modifiquemos. Para hacer esto, comuníquese con el Director del Programa y solicite el formulario de Solicitud de Enmienda de Información de Salud. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración en la que no esté de acuerdo con nosotros. Todas las presentaciones, declaraciones y respuestas se agregarán a su registro médico.

Contabilización de divulgaciones: puede solicitar una lista de cualquier divulgación que hayamos hecho relacionada con su información de salud personal, excepto la información que utilizamos para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o que compartimos con usted o su familia, o información que nos dio su consentimiento específico para divulgar. Esto también excluye la información que la ley nos exigió divulgar. Para recibir información sobre divulgaciones realizadas durante un período de tiempo específico no más de seis años antes, envíe su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Le notificaremos el costo involucrado en la preparación de esta lista.

Preguntas y quejas: si tiene alguna pregunta o queja, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad por escrito en nuestra oficina para obtener más información. También puede comunicarse con el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que Advanced Foot and Ankle ha violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Cambios en la política: Advanced Foot and Ankle se reserva el derecho de cambiar su política de privacidad en función de las necesidades de la práctica y permanecer en cumplimiento con las leyes estatales y federales.

Firma de la fecha del paciente

Firma del padre o tutor legal del paciente menor Relación con el paciente

POLIZA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Advanced Foot and Ankle of WI, LLC

Gracias por haber escogidos a Advanced Foot and Ankle of WI para su cuidado, le proveeremos información medica entendible que pueda ajustarse a la póliza financiera de nuestra practica. Si usted tiene alguna pregunta referente a lo siguiente puede llamar al departamento de cuentas.

PROPUESTA DERECLAMO A SU SEGURO MEDICO

La póliza de seguro medico es un contrato entre usted y su plan. Usted es responsable de entender y seguir los requisitos de procedimientos y pólizas. Es su responsabilidad de mantener a la oficina informada de los cambios de su seguro medico, para que podamos mandar los reclamos médicos por servicio recibido. Si no recibimos pago en 60 días de cuando su reclamo medico fue mandado a su seguro medico, viene siendo usted responsable por los gastos en totalidad. Todos los planes de seguros médicos son diferentes y talvez no cubran los mismos servicios. En el evento que su seguro determine que algún servicio no esta cubierto, usted será responsable por los gastos en su totalidad. Es su responsabilidad de contactar a su seguro medico sobre su cobertura y beneficios.

REFERIDOS Y AUTHORIZACIONES PREVIAS

Si su plan medico requiere de un referido o autorización previa de su doctor primario para poder ser atendido por alguno de nuestros doctores, es su responsabilidad de verificar con nuestras oficinas si el referido o autorización fue recibida. LA FALTA DE UN REFERIDO O AUTORIZACION VALIDA PUEDE RESULTAR EN UNA CITA CANCELADA HASTA OBTENER LA INFORAMACION APROPIADA. Si usted solicita ser vista sin la información apropiada será responsable de los gastos por el servicio recibido y tendrá que completar formas adicionales que nos permitirán mandar las facturas correspondientes. En el evento de necesitar una cirugía, el departamento de pre-autorizaciones se encargara de obtener la información apropiada. LA PRE-AUTORAZACION DE UNA CIRUGIA NO GARANTIZA QUE LOS GASTOS SERAN CUBIERTOS. Si los gastos son negados usted será responsable de los gastos en su totalidad. Si tiene alguna pregunta sobre que servicios están cubiertos bajo su plan medico, favor de contactar a su seguro medico previo a su cirugía.

CO-PAGOS Y SERVICIOS SIN COVERTURA

Si usted tiene un plan medico que requiere un co-pago, el pago será colectado el día de su visita. Los deducibles, co-pagos y co-seguros no pueden ser exonerados ya que es las responsabilidades del paciente. Si tiene dificultad haciendo tales pagos su cita puede ser reprogramada. Si solicita servicio y no tiene seguro medico o cobertura medica el pago será requerido el día de su cita. Para su conveniencia aceptamos VISA, MASTER CARD o DISCOVER, EN EFECTIVO Y CHEQUES.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE POR LA FACTURA

Usted recibirá una factura de los gastos que no fueron cubiertos por su seguro medico después de haber sometido los cargos. El pago es requerido 30 días después de la fecha en su factura, si no puede pagar en su totalidad usted puede contactar a nuestro departamento de cuentas y hacer un plan de pagos. Al no recibir pago en 60 días de la fecha de su primera factura, atentaremos contactarle para un pago, al no recibir respuesta en un lapso de 30 días su cuenta será entregada a nuestra agencia de colección. SI LA CUENTA ES ENTREGADA A LA AGENCIA DE COLECCION, USTED ES RESPONSABLE DE TODOS LOS GASTOS Y COSTOS LEGALES ADQUIRIDOS.

PACIENTES MENORES DE EDAD

Los padres o guardián legal deben acompañar al menor y dar consentimiento de tratamiento y servicios recibidos. Los padres o guardián legal deben acceder con nuestra póliza financiera. Los padres o guardián legal acompañando al menor serán considerados responsables de los gastos médicos recibidos.

INFORMACION INCOMPLETA O INCORRECTA

El paciente es responsable de informar a la oficina de algún cambio en su plan medico. Fallo en notificar los cambios resultara en que el paciente asume responsabilidad de cualquier balance en la cuenta. Nuestra práctica no será responsable de errores de factura o falta de información en la cobertura o pagos, debido a la falta de información correcta o incompleta proveída por el paciente incluyendo información inexacta en coberturas secundarias u otro tipo de pagos.

POLIZA DE CITAS

Comenzando el 1ro de septiembre del 2018, habrá un cobro de \$75.00 a su cuenta al no presentarse a su segunda cita sin notificación en un periodo de 24 horas antes de su cita a nuestra oficina.

He leído y entendido *la póliza financiera* de Advanced Foot and Ankle of WI, LLC y acepto las condiciones destacadas arriba. He recibido una copia de la póliza.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre o guardián legal del Paciente Menor

Fecha