

West Beverly Podiatry Group
Bienvenidos a Nuestra Oficina

Farmacia (nombre/numero) _____
Lenguaje de preferencia: _____

Correo Electronico: _____ Telefono Celular: _____

REGISTRACION DE PACIENTE (POR FAVOR COMPLETAR LO SIGUIENTE)

FECHA _____ TELEFONO () _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____
APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____ SEXO HOMBRE MUJER
DIRECCION _____ CIUDAD _____ ZONA _____ ESTADO _____
SS# _____ LICENCIA _____ GRUPO ETHNICO _____
 SOLTERO CASADO OTRO DIVORCIADO NOMBRE DE ESPOSO(A) _____ HIJOS? SI / NO EDADES _____
EMPLEADO POR _____ TELEFONO () _____ EXT _____
DIRECCION _____ CIUDAD _____ ZONA _____ ESTADO _____
OCUPACION _____ PODEMOS HABLARLE SI No HORARIO DE TRABAJO _____

ACUERDO FINANCIERO (POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE)

MISMO ANTE DICHO SI NO RELACION? _____ TELEFONO () _____
APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____
DIRECCION _____ CIUDAD _____ ZONA _____ ESTADO _____
ESTADO _____ SS# _____ LICENCIA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
EMPLEADO POR _____ TELEFONO () _____ EXT _____
DIRECCION _____ CIUDAD _____ ZONA _____ ESTADO _____

INFORMACION DE SU ASEGURANZA (PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)

PRIMARIA COMPANIA/HMO _____ PLAN MEDICO _____ TELEFONO () _____
DE POLIZA _____ # DE GRUPO _____ EFECTIVO _____
NOMBRE DEL ASEGURADO _____ DIRECCION _____
CIUDAD _____ ZONA _____ ESTADO _____
SECUNDARIA COMPANIA/HMO _____ PLAN MEDICO _____ TELEFONO () _____
DE POLIZA _____ # DE GRUPO _____ EFECTIVO _____
NOMBRE DEL ASEGURADO _____ DIRECCION _____
CIUDAD _____ ZONA _____ ESTADO _____

EN CASO DE EMERGENCIA (POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE)

A QUIEN NOTIFICAR? _____
RELACION? _____ TELEFONO () _____

A QUIEN LE PODEMOS DAR LAS GRACIAS POR NUESTRA RECOMENDACION

Preferencia Para Contactarlo a Usted:

- Telefono de Casa Dejar Mensaje en Celular Telefono de celular Dejar Mensaje en Casa
- Dejar Mensaje a numero de Emergencia si yo no estoy disponible
- Dejar Mensaje con Familiar _____
- Otro _____

HISTORIAL MEDICO (POR FAVOR COMPLETAR LO SIGUIENTE)

Cuales son sus problemas de pies?

Cuando comenzo el problema? Fecha: _____

Describa caso de accidente / evento: _____

Es su primera visita al doctor por este problema? SI No

Le han tomado Rayos X? SI No Fecha _____

Donde estan ahora? _____

A tenido algun tratamiento o remedios caseros antes? _____

Altura _____ Peso _____ Tamano de Zapato _____

Cuanto tiempo esta usted en sus pies en el trabajo?

20% 40% 60% 80% 100%

Lista de actividades/deportes: _____

Fuma? SI No Paquetes/Día _____ Años _____

Fumo anterior? SI No Paquetes/Día _____ Años _____

Si dejo de fumar, hace cuanto tiempo?

Bebidas Alcohólicas? Nunca Raramente Moderado Al Dia Pare

Medicamentos Sin Receta

Nunca Raramente Moderado Al Dia Pare

Que Clase? _____

Alguna vez ha recibido tratamiento para:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Intoeing de Pies | <input type="checkbox"/> Dolor de Talones |
| <input type="checkbox"/> Pie/Hueso quebrado | <input type="checkbox"/> Callos | <input type="checkbox"/> Ronchas |
| <input type="checkbox"/> Dedo de Martillo | <input type="checkbox"/> Neuroma | <input type="checkbox"/> Callos |
| <input type="checkbox"/> Lesion de Talon | <input type="checkbox"/> Dolor de Rodilla | <input type="checkbox"/> Dolor de Arco |
| <input type="checkbox"/> Pies de Arco alto | <input type="checkbox"/> Juanetes | <input type="checkbox"/> Pie Plano su niñez |
| <input type="checkbox"/> Uñas Enterradas | <input type="checkbox"/> Problemas de Pies en | |

Tiene o lo an tratado por:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Alta Presión | |

Usted es lento(a) para cicatrizar heridas?

SI No

Tiene moretes o sangrado anormal?

SI No

Dolor en pantorillas o centaderas cuando camina?

SI No

Descansar le alivia el dolor?

SI No

Le duelen los pies por la noche?

SI No

Esta tomando medicamentos actualmente?

SI No

Lista: _____

Alergias a inyecciones, oral o administracion topica a:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Penicilina o otros antibioticos: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Narcoticos? (Morfina, Codina, Demerol...) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Anesteticos Locales? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Remedios Para Dolor? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Latex? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Cinta Adhesiva? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Cualquier otro medicamento/tratamiento | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |

Lista: _____

A tenido una enfermedad seria?

SI No

A estado hospitalizado por tiempo prolongado

SI No

A tenido cirugia?

SI No

Si contesto si a alguna pregunta de arriba, explique:

DOCTORES DEL PACIENTE (PORFAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE)

Doctor Primario _____ Tel: () _____ Ultimo Podiatria _____ Ultima Visita _____

Ciudad: _____ Estado _____ Zona _____ Tel () _____ Ciudad _____ Estado _____

Lo refirio su doctor primario? SI No Ultima Visita _____ Lo refirio su podiatria a nosotros? SI No

Doctor Especialista _____ Lo refirio su doctor para una consulta? SI No

Especialidad _____ Lo refirio su doctor para una evaluacion? SI No

Ultima Visita _____ Tel () _____ Lo refirio su doctor para una 2nda opinion de cirugia? SI No

Ciudad _____ Estado _____ Zona _____ Vino usted independientemente para una Segunda opinion? SI No

HISTORIAL FAMILIAR (POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE)

Algun familiar a tenido:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Tuberculosis? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Cancer o Tumor? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Altaprecion? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas del Corazon? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Anormalidades de Nacimiento? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Artritis? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Embolio Cerebral? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de los pies? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |

Por favor indique quien:

Nombre de Paciente: _____

Fecha: _____

CONDICIONES DEL TRATAMIENTO

Consentimiento Medico y Quirurgico

El que firma esta de acuerdo con cualquier examen radiologico, procedimiento de laboratorio o terapeutico, anestesia, tratamiento medico o quirurgico que se le proporcione al paciente bajo o de las instrucciones generales o especiales del medico. El paciente tiene derecho a rehusar cualquier procedimiento medico que se le recomiende, en cuyo caso se le pedira que firma una forma en la que rehusa dicho procedimiento o tratamiento dejando asi libre al medico y al grupo West Beverly Podiatry de cualquier responsabilidad en lo que se refiere al posible desenlace.

Authorizacion para Proporcionar Informacion:

El grupo **West Beverly Podiatry** puede proporcionar informacion acerca de todo a porte del expediente del paciente a cualquier persona o corporacion que sea o pueda ser responsable legalmente bajo contrato a todo o parte de los honorarios del grupo **West Beverly Podiatry** incluyendo, pero no limitado, a las companias medicas y hospitalarias, companias de seguros, de compensacion de trabajadores, de fondos publicos o al patron jefe del paciente.

Acto Privados

Yo intiendo que estoy recibiendo una copia de Notificacion sobre las Practicas de Privacidad.

Asignacion de Beneficios del Seguro

En el caso de que el paciente sea objeto tenga derecho a beneficios medicos de cualquier tipo bajo su poliza de seguro o de cualquier otra persona responsable legalmente por el paciente, dichos beneficios seran cedidos al grupo **West Beverly Podiatry** seran cedidos al grupo de su cuenta y se acuerda que el grupo medico acusa del cualquier pago que asi se le haga y con ello exonera a dicha compania de seguros de cualquier obligacion en lo que pago bajo dicho poliza se refiere. El que firma, y/o el paciente se hacen responsables del pago de los honorarios que no sean cubiertos bajo este contrato poliza.

Acuerdo Financiero

El que firma, como agente o como paciente, esta de acuerdo en que en consideracion a los servicios que seran proporcionados al paciente, el se obligue personalmente a pagar la cuenta del grupo **West Beverly Podiatry** de acuerdo a los precios y terminus usuales del grupo **West Beverly Podiatry**. En caso de que la cuenta sea enviada a un abogado para cobro, el que firma pagara los honorarios usuales del abogado y de la cobranza.

EL QUE FIRMA CERTIFICA QUE LEYO Y ENTENDIO LO ANTERIOR, QUE ES EL PACIENTE O SU AGENTE AUTORIZADO O ESTA AUTORIZADO POR EL PARA ACTUAR COMO SU AGENTE GENERAL PARA EJECUTAR LO ARRIBA MENCIONADO Y ACEPTAR DICHOS TERMINOS.

ABRA UN COBRO DE \$30.00 DE SERVICIO POR CUALQUIER CITA QUE NO SEA CANCELADA 24 HORAS ANTES DE SU CITA.

Nombre de Paciente (por favor letra de molde)

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Si el paciente es un menor o incompetente, el padre o tutor firmara aquí, ademas al menor o incompetente paciente firmara tambien si es posible.

PADRE O TUTOR (PARENTESCO)

FECHA

West Beverly Podiatry Group

1417 W. Beverly Blvd. Ste.#104 Montebello, CA 90640

Phone: (323) 721-6026 Fax: (323) 887-1891

NOTIFICATION OF BILLING PROCEDURES

Medicare—Unauthorized/Unbillable Charges

Medicare requires a minimum of 60 days between visits for at risk patient foot care and nail grinding. If the diagnosis changes (i.e., fracture, trauma, infections, etc.) the visit may be billed under the new diagnosis. Any charges occurring outside these guidelines will be the responsibility of the patient.

Non-covered Services

Insurance providers will decline payment for non-covered services or supplies. Post-op shoes, certain ankle braces, orthotic devices and pads are some examples of non-covered supplies.

Unauthorized Visits

Some insurance providers require prior authorization for office visit or procedure. It is the patient's responsibility to obtain authorization before their office visit. If authorization is not obtained, the patient will be responsible for all costs incurred by their office visit.

Deductible

The deductible is the patient's responsibility. The patient's insurance provider will be billed to determine the amount applied toward the patient's deductible. Insurance information must be available on the day of the visit or full payment will be required at that time.

It has been explained to me that the procedure and services described above may not be covered by my insurance provider and any claims would likely be denied. I agree to be personally responsible for payment of all charges for these services.

Patient/Guardian Signature

Date

Patient Name (please print)