

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Llamaremos/enviaremos recordatorios de citas por mensaje de texto.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ (Solo para uso interno)

Sexo:  M  F Idioma principal: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable del pago? \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Quien lo refirió? \_\_\_\_\_  Amigo  Insurance Co  Facebook  Google  Yelp  Instagram

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Contacto de emergencia del paciente: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Es el cónyuge el titular de la póliza de seguro?:  Sí  No

**INFORMACIÓN DE FARMACIA**

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección Ciudad/Calle: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA** : ( **Obligatorio** para TODOS los Planes de Medicare/Advantage )

No tengo un médico de cabecera

Nombre del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

**PROBLEMA ACTUAL** :  IZQUIERDO  DERECHO  AMBOS PIES/TOBILLOS

Describe su problema actual? \_\_\_\_\_

Escala de dolor actual 1-10: \_\_\_\_ ¿Cómo comenzó este problema? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo empezó?  
\_\_\_\_\_

¿Qué hace que su problema mejore? \_\_\_\_\_ ¿Qué lo hace peor? \_\_\_\_\_

¿Fue una lesión relacionada con el trabajo?  Sí  No ¿Planea presentar una solicitud de compensación para trabajadores?  
 si  no

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Altura \_\_\_\_' \_\_\_\_" Peso \_\_\_\_ lbs Talla de calzado \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una *vacuna contra la influenza* (vacuna contra la gripe) en el último año?: \_\_\_\_ S / \_\_\_\_ N

Ha tenido una *vacuna contra la neumonía* alguna vez en su vida? \_\_\_\_ S / \_\_\_\_ N

¿Estás embarazada? \_\_\_\_ S / \_\_\_\_ N ¿Está amamantando? \_\_\_\_ S / \_\_\_\_ N

**CONDICIONES MÉDICAS**  NINGUNO - No tengo NINGUNA condición médica \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**TRASTORNOS DE LA SANGRE**  Ninguno  Coágulos de sangre  Tome anticoagulantes  Célula falciforme

**CÁNCER**  Ninguno  Melanoma  Células escamosas  Cáncer de hueso de células basales  \_\_\_\_\_

**DE DESARROLLO**  Ninguno  Espina bífida  Parálisis cerebral  Síndrome de Down  \_\_\_\_\_

**ENDOCRINA**  Ninguna  Diabetes Tipo 1  / Tipo 2   Hipotiroidismo  \_\_\_\_\_

**SISTEMA DIGESTIVO**  Ninguna /  enfermedad hepática  de Crohn  Úlceras estomacales  Reflujo ácido

**CORAZON Y VASCULARES**  Ninguno  Ataque cardíaco  Enfermedad arterial  Presión arterial alta  Colesterol  
 Enfermedad del corazón Insuficiencia  cardíaca  Trastorno de la válvula  A-Fib  \_\_\_\_\_

**INFECCIONES**  Ninguna  MRSA  VIH/SIDA  Hepatitis  Infección ósea  \_\_\_\_\_

**SISTEMA INMUNITARIO**  Ninguno  Lupus  reumatoide  Fibromialgia  \_\_\_\_\_

**RIÑÓN**  Ninguno  Estadio de la enfermedad renal \_\_\_  Diálisis  \_\_\_\_\_

**PULMONES**  Ninguno  EPOC  Enfisema  \_\_\_\_\_

**MÚSCULO-ESQUELÉTICO**  Ninguno  Artritis  Osteoporosis  Fibromialgia  \_\_\_\_\_

**SISTEMA NERVIOSO**  Ninguno  Accidente cerebrovascular  Esclerosis múltiple  Parkinson  Neuropatía  
 \_\_\_\_\_

**PSICOLÓGICOS**  Ninguno  Depresión  Ansiedad  \_\_\_\_\_

**PIEL**  Ninguno  Erupciones \_\_\_\_\_  Cáncer de piel \_\_\_\_\_  Úlceras

**OTRO CONDICIÓN (ES):**  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**  NINGUNA  Látex  Mariscos  Yodo  Alimentos \_\_\_\_\_  Anestesia: \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_ REACCIÓN: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** Indique **TODOS** los medicamentos  NINGUNO  Llevaré mi lista a mi cita

| Nombre del medicamento | Dosis | ¿Con qué frecuencia? | Nombre del medicamento | Dosis | ¿Con qué frecuencia? |
|------------------------|-------|----------------------|------------------------|-------|----------------------|
| _____                  | _____ | _____                | _____                  | _____ | _____                |
| _____                  | _____ | _____                | _____                  | _____ | _____                |
| _____                  | _____ | _____                | _____                  | _____ | _____                |
| _____                  | _____ | _____                | _____                  | _____ | _____                |

**CIRUGÍAS ANTERIORES:**  NINGUNA

| Tipo de Cirugía | Fecha | Tipo de Cirugía | Fecha |
|-----------------|-------|-----------------|-------|
| _____           | _____ | _____           | _____ |
| _____           | _____ | _____           | _____ |

**HOSPITALIZACIONES ANTERIORES:**  NINGUNA

| Motivo de la hospitalización | Fecha | Motivo de la hospitalización | Fecha |
|------------------------------|-------|------------------------------|-------|
| _____                        | _____ | _____                        | _____ |
| _____                        | _____ | _____                        | _____ |

**ANTECEDENTES SOCIALES :** Estado civil: Soltero  Casado  En  pareja  Separado  Divorciado  Viudo  
¿Bebió algo de alcohol el año pasado?:  No  Sí. En caso afirmativo, con qué frecuencia:  Mensualmente  Semanalmente   
2-4 veces por  semana  Diariamente

Cuántas bebidas en un día típico:  0  1-2  3-4  5+ Cuántos días al año bebe 6+/día: \_\_\_\_

Consumo de tabaco:  nunca fumó  Dejar de fumar: ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_  Actualmente fuma \_\_\_\_  
paquetes/día durante \_\_\_\_ años

**ANTECEDENTES FAMILIARES :**  NINGUNO  Diabetes  Cáncer  Enfermedad cardíaca  Presión arterial alta Derrame  cerebral  Trastorno hemorrágico  Artritis reumatoide  Otro \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SISTEMAS** - ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas:

MUSCULOESQUELÉTICO:  Ninguno  Dolor de pie/tobillo  Dolor de espalda  Dolores musculares

INTEGUMENTARIO:  Ninguno  Problema de uñas  Piel seca  Callo  Erupción  \_\_\_\_\_

CONSTITUCIONAL:  Ninguno  Fiebre  Escalofríos  Pérdida de peso  \_\_\_\_\_

CARDIOVASCULAR:  Ninguno  Dolor en el pecho  Dolor de pantorrilla  Hinchazón de las extremidades

RESPIRATORIO:  Ninguno  Respiración dificultosa  Tos  Sibilancias  \_\_\_\_\_

NEUROLÓGICO:  Ninguno  Dificultad para caminar  Hormigueo entumecimiento  ardiendo  \_\_\_\_\_

PSIQUIÁTRICO:  Ninguno  Inquieto  Ansiedad  Depresión  Alucinaciones  \_\_\_\_\_

ENDOCRINO:  Ninguno  Intolerancia al frío  Micción excesiva  \_\_\_\_\_

HEMATOLÓGICO:  Ninguno  Sangrado excesivo  Moretones fáciles  \_\_\_\_\_

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA :** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Estas políticas se han establecido para ayudarnos a contener los costos y brindar la mejor atención posible a todos los pacientes. Por favor reconozca su comprensión de estas políticas al escribir sus iniciales arriba.

1. Nuestra oficina trabajará para determinar sus beneficios de seguro antes de su visita. Tenga en cuenta que se espera el pago total en el momento de su visita en función de los beneficios proporcionados por su compañía de seguros.
2. El paciente es responsable de toda la cobertura de seguro, coseguro, deducible y copagos.
3. El paciente es responsable de cualquier remisión requerida antes de su visita.
4. Si su cheque es rechazado/devuelto por cualquier motivo, debitaremos electrónicamente de su cuenta el monto del cheque + \$35 de tarifa de procesamiento.
5. Se cobra una tarifa de \$ 25.00 por todo el papeleo completado por los médicos. (es decir, formularios de discapacidad, trámites FMLA, etc.) Permita al menos 3 días hábiles para estas solicitudes.
6. Solicitudes de copias de expedientes médicos: De conformidad con el código de Carolina del Norte § 90.411, la tarifa es de \$10,00 más 50 centavos por página para las primeras 50 páginas; luego 25 centavos por página a partir de entonces. También se evaluarán las tarifas postales aplicables. Hay una tarifa de \$10 para copiar las radiografías al disco. Espere al menos 3 días hábiles para estas solicitudes.
7. Todos los dispositivos médicos y equipos médicos duraderos (aparatos ortopédicos personalizados, plantillas, botas de yeso para caminar, férulas nocturnas, calzado quirúrgico, aparatos ortopédicos, etc.) no son reembolsables.
8. Hay una tarifa de facturación de \$ 7 por mes para las cuentas sin pagar después de treinta días
9. Las preguntas de facturación relacionadas con las tarifas de laboratorio deben dirigirse al laboratorio del que se recibió la factura.
10. Hay un cargo de \$45 por no presentarse o no reprogramar al menos 24 horas antes de la cita.

**CONSENTIMIENTOS, AUTORIZACIONES Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS :** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

1. **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO :** El abajo firmante da su consentimiento para cualquier evaluación inicial o de seguimiento, exámenes, radiografías, procedimientos de laboratorio, otras pruebas, medicamentos, tratamiento médico, cirugía, fisioterapia, instrucciones en el hogar, aparatos ortopédicos, otros equipos médicos duraderos, fotografías y /o grabación de

video y/u otros servicios prestados al paciente por INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC y sus proveedores. El abajo firmante acepta que es su responsabilidad programar cualquier visita de seguimiento, otros servicios, recetas y artículos ordenados para el paciente. Algunos médicos de INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC pueden beneficiarse financieramente de una participación en los servicios de patología. Debido a este interés de propiedad, tiene derecho a elegir un proveedor de patología diferente, y haremos los arreglos correspondientes a su solicitud. El abajo firmante también entiende que los proveedores ejercen su atención con habilidad y diligencia razonables, pero no garantizan los resultados o la cura que se logrará.

2. **PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DIGITAL** : Autorizo INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC y sus asociados para ver mi historial de recetas externo a través de servicios electrónicos de recetas electrónicas. Entiendo que los proveedores y el personal de INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC pueden ver el historial de recetas de varios proveedores, compañías de seguros, farmacias y administradores de beneficios de farmacia, otros proveedores no afiliados, y puede incluir recetas en el tiempo durante varios años y puede incluir recetas para tratar el VIH, el abuso de sustancias y las condiciones psiquiátricas. Si corresponde, entiendo que mi historial de recetas formará parte de mi registro en esta práctica. Entiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC para inscribirme en el programa e-prescribe. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado o modificado.
3. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS** : Por la presente asigno, transfiero y transfiero irrevocablemente a INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC y a cualquier médico que me brinde atención y tratamiento a mí o a mi dependiente, todos y cada uno de los beneficios y todos los intereses y derechos (incluidas las causas de acción, el derecho para hacer cumplir el pago y el derecho a apelar una determinación adversa de beneficios) al que tengo derecho en virtud de un plan de beneficios para empleados patrocinado por mi empleador, todas las pólizas de seguro, beneficios, cualquier reembolso de terceros o plan de atención médica prepago por servicios prestados o productos Recibí de INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC.
4. **ASIGNACIÓN DE MEDICARE** : Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago según XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta y acepto completar el formulario de evaluación de Medicare anualmente. Autorizo la divulgación de información sobre mí a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios, así como cualquier información necesaria para presentar un reclamo de Medicare; Solicito que el pago y los beneficios autorizados se hagan en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios a INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC.
5. **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN** : Doy mi consentimiento y autorizo a INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC y sus agentes a divulgar mi información de salud con el propósito de pago, tratamiento y operaciones de atención médica a cualquiera de los siguientes: compañía de seguros y sus afiliados, cualquier médico, personal de apoyo o centro involucrado en mi plan de atención o transferencia de atención. Además, entiendo que los posibles usos y divulgaciones de mi información de salud se detallan en el aviso de privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA está disponible en línea. Las copias individuales también están disponibles en la oficina y se publican en el vestíbulo. He leído/tuve la oportunidad de leer mis derechos de HIPAA, que incluyen tarifas por registros.
6. **DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO** : Designo y nombro a INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC (y sus agentes) como mi representante autorizado y lo autorizo a actuar en mi nombre para 1) solicitar y recibir una copia de la descripción resumida del plan, 2) continuar un reclamo de beneficios, 3) apelar cualquier determinación adversa de beneficios y/o 4) presentar una acción legal/equitativa para recuperar los beneficios de mi plan de beneficios para empleados, póliza de seguro y cualquier reembolso de terceros o plan de atención médica prepaga. Entiendo y acepto que mi representante autorizado tendrá plena autoridad para actuar y recibir notificaciones en mi nombre con respecto a una determinación inicial del reclamo de beneficios de salud relacionados con el tratamiento y los servicios de atención médica recibidos por mí o mi dependiente en INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC, cualquier solicitud de documentos relacionados con este reclamo y la apelación de una determinación adversa del reclamo.
7. **ACUERDO FINANCIERO** : Por la presente prometo pagar todos los productos recibidos o los servicios prestados a mí o a mi dependiente en la medida en que sea legalmente responsable de dicho pago. Entiendo que soy responsable de todos los copagos, deducibles, coseguros, artículos de conveniencia OTC (de venta libre) y NCS (servicios no cubiertos) del seguro médico y cualquier otro monto que se aplique en el momento del servicio o en la cita preoperatoria. Independientemente de la asignación de beneficios, si el seguro tergiversa su cobertura o demora el pago de un reclamo por más de 60 días, como parte responsable designada, soy responsable de todo el dinero adeudado a INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC. También entiendo que la póliza de seguro es un contrato entre la compañía de seguros y yo; por lo tanto, el titular de la póliza debe comunicarse primero con la compañía de seguros cuando tenga preguntas sobre una explicación de los beneficios.

8. **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA** : Autorizo a INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC a tomar fotografías durante el curso de mi tratamiento. Entiendo que los medios son propiedad de INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC , y puedo obtener una copia si lo solicito por escrito. Acepto y autorizo el uso de los medios en mi historia clínica y con fines didácticos, lo que incluye mostrarlos a otros pacientes. Soy consciente de que mi nombre e identidad no serán revelados.
9. **CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN** : Autorizo a INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC y sus asociados a comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbricos, lo que podría resultar en cargos para mí. INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC y sus asociados también pueden comunicarse conmigo enviándome mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione para usar. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.
10. **AVISO DE PRIVACIDAD** : Entiendo que INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC puede usar y divulgar mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Podemos utilizar su información médica protegida para nuestras propias operaciones de atención médica y para las de los Acuerdos de atención médica organizada en los que participamos. También reconozco que he recibido, me han ofrecido leer el aviso en [www.instridefoot.com](http://www.instridefoot.com), o he recibido en el pasado una copia del **Aviso de prácticas de privacidad de la práctica** , que proporciona información sobre cómo la práctica y las personas involucradas en mi cuidado en la práctica, puede usar y divulgar mi información de salud protegida. Según lo dispuesto en el aviso, los términos del aviso pueden cambiar. Para obtener una copia de cualquier aviso actual, comuníquese con la oficina de privacidad en INSTRIDE FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PLLC.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que la práctica restrinja cómo se usa o divulga mi información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, pero también entiendo que la práctica no está obligada a aceptar una restricción solicitada. Sin embargo, si la práctica está de acuerdo, está obligada por ese acuerdo. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la práctica, o las personas involucradas en mi atención en la práctica, ya hayan usado o divulgado información de salud protegida en base a mi consentimiento previo.

#### **DESIGNACIÓN DE FAMILIARES, AMIGOS CERCANOS, CUIDADORES COMO REPRESENTANTE:**

Acepto que la práctica puede divulgar parte de mi información de salud a un representante personal de mi elección, ya que esta persona está involucrada en mi atención médica o en el pago relacionado con mi atención médica. En ese caso, el consultorio médico divulgará solo la información que sea directamente relevante para la participación de la persona en mi atención médica o el pago relacionado con mi atención médica.

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**AFIRMACIÓN :**

Certifico, a mi leal saber y entender, que he respondido correctamente las preguntas de este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico y al personal del consultorio sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Doy permiso a los médicos de InStride Foot and Ankle Specialists para administrar y realizar cualquier procedimiento de diagnóstico, terapéutico y/u operativo que se considere médicamente necesario en el diagnóstico y/o tratamiento de mi afección.

Los pacientes/menores de 18 años no serán atendidos sin la presencia de un padre o tutor legal. Si va a estar presente otro familiar, cuidador o amigo, mayor de 18 años; se debe presentar el consentimiento por escrito del padre/tutor legal declarando como tal en el momento de la cita. Gracias.

---

Nombre del paciente (EN IMPRENTA)

---

Tutor legal (EN IMPRENTA)

---

Firma del paciente

---

Firma del tutor legal