



The Center For Foot & Ankle Surgery
1015 E. 32ND St Suite 212
Austin, TX 78705
Phone: 512-477-8853 Fax 512-477-2592

Forma de Registro del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Inicial: _____
Apellido: _____ SS #: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio de la Casa y Telefono

Domicilio: _____ Apt # _____ Ciudad y Codigo: _____
Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____
Celular: _____ **Correo Electronico:** _____
Medida de Zapato: _____ Estado Civil: _____ Fax: _____

Nombre de Farmacia: _____ **Telefono:** _____
Direccion: _____

INFORMACION DEL SEGURO – DEBE COMPLETAR ESTA SECCION

Seguro **Primario:** _____
Nombre del Asegurado: _____ DOB _____
SS # _____ ID # _____
Grupo # _____ Fecha Efectiva: _____
Relacion al Paciente (uno mismo, esposo, padre): _____

Seguro **Secundario:** _____
Nombre del Asegurado: _____ DOB _____
SS # _____ ID # _____
Grupo # _____ Fecha Efectiva: _____
Relacion al Paciente (uno mismo, esposo, padre): _____

Estaba en un accidente? Si No Si si, fecha del accidente: _____
Donde ocurrio el accidente: _____
Breve descripcion del accidente: _____

Hay un abogado implicado? Nombre y telefono: _____

Paso en el trabajo? Que parte del cuerpo: _____
Referido por: _____ Empresario: _____
Seguro de compensacion del trabajo: _____
Fecha del accidente: _____ ID #: _____
Nombre y telefono del encargado del caso: _____
Nombre y telefono del ajustador: _____



The Center For Foot & Ankle Surgery
1015 E. 32ND St Suite 212
Austin, TX 78705
Phone: 512-477-8853 Fax 512-477-2592

Doctor General: _____ Telefono: _____
 Fax # _____ Direccion: _____
 Ciudad: _____ Codigo: _____
 Fecha de la visita PASADA: _____

Pacientes Diabeticos: Esta seccion **DEBEN** de completar si usted tiene seguro de Medicare
*En conformidad con las guillas de reglas nuevas de seguro de Medicare, ed DEBE ser actual con su
 Doctor general y/o Endrocronologo.(en los 6 meses pasados)*

De donde oyo de nosotros? _____
 (anuncio, pariente, amigo)

El responsable debe firmar (debe tener 18 anos de edad)

Abajo firmado por este medio autoriza el lanzamiento de cualquier informacion y submittal de las demandas para los servicios rendidos para todas las ventajas somidas a nombre de mi y/o de dependientes. Reconozco mas lejos que mi firma en este documento autoriza a mi medico a someter las demandas para las ventajas para los servicios rendidos o para que los servicios sean rendidos sin la obtencion de mi firma en cada demanda que se sometera para miy/o los dependientes y que sere limitado por esta firma.

Recuerde por favor que el seguro esta considerado un metodode reembolsar al doctor para los servicios rendidos y no subsituto para el pago. Algunas empresas de seguros paga los permisos fijos ciertos procedimientos y otras empresas de seguros pagan un porcentaje de la carga. Es su responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, fuera del porcentaje de la red y/o de cualquier otro equilibrio no pagados por su compania de seguros.

 Nombre del Paciente

 Nombre del Guarda

 Firma del Paciente/del Guarda

 Fecha

Garante o guarda legal si el paciente esta bajoedad de 18:

(Aviso a los padres divorciados – el padre o el guarda que presentan con el nino para la visita sera responsable de todas las cargas incurridas.)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Relacion: _____ SS #: _____ DOB: _____

Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Celular: _____

Direccion: _____ Apt # _____

Ciudad, estado y codigo: _____

Nombre del contacto de la emergencia: _____ Telefono: _____

Relacion al paciente: _____

Center for Foot & Ankle Surgery

Charles Jason Hubbard, DPM

Jose A. Rivera, DPM

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son terminantemente confidenciales y se convertira la parte de su expediente medico.

Name (Apellido, primer nombre, inicial):

Hombre
 Mujer

Fecha de nacimiento:

Edad:

REVISION DE SISTEMAS

Compruebe por favor si usted ha estado experimentando algunos de los siguientes hoy:

General	<input type="checkbox"/> Cambio en apetito	<input type="checkbox"/> Escalofrio/ fiebre	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> otro
Piel	<input type="checkbox"/> Erupcion	<input type="checkbox"/> Comezon	<input type="checkbox"/> Lesions/ ampollas/ crecimiento	<input type="checkbox"/> otro
Cabeza	<input type="checkbox"/> Deformidad	<input type="checkbox"/> Lesion en la cabeza	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> otro
Ojos	<input type="checkbox"/> Vision velada	<input type="checkbox"/> Cambio en la vision	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> otro
Oidos	<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> Audencia disminuida	<input type="checkbox"/> Vertigos	<input type="checkbox"/> otro
Nariz y sinos	<input type="checkbox"/> Perdida de olor	<input type="checkbox"/> La nariz sangra	<input type="checkbox"/> Problemas del sino	<input type="checkbox"/> otro
Boca y Garganta	<input type="checkbox"/> Boca seca	<input type="checkbox"/> Ampollas en la lengua	<input type="checkbox"/> Dolor de muela	<input type="checkbox"/> otro
Cuello	<input type="checkbox"/> Tiroides agrandada	<input type="checkbox"/> Crecimiento	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> otro
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Falta de respiracion	<input type="checkbox"/> Toz	<input type="checkbox"/> Agarunamiento de los dedos	<input type="checkbox"/> otro
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Alta presion	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> otro
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitar	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> otro
Genitourinario	<input type="checkbox"/> Orina frecuente	<input type="checkbox"/> Problema orinando	<input type="checkbox"/> Infeccion en el orin	<input type="checkbox"/> otro
Musculosqueletico	<input type="checkbox"/> Limitacion en movimiento	<input type="checkbox"/> Calambre del musculo	<input type="checkbox"/> Tiesedad	<input type="checkbox"/> otro
P Vascular	<input type="checkbox"/> Dolor del chamorro	<input type="checkbox"/> Calambre de la pierna	<input type="checkbox"/> Dolor de no poder restar	<input type="checkbox"/> otro
Neurologic	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Asimientos/ataque cerebral	<input type="checkbox"/> Perdida de la memoria	<input type="checkbox"/> otro
Sicologico	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> otro
Endocrina	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Orin excesiva	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> otro
Hematologic	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Contusion facil	<input type="checkbox"/> Transfucion de sangre	<input type="checkbox"/> otro

HISTORIAL MEDICO

Compruebe con marcar todos los problemas medicos que otros doctores han diagnosticado:

Cancer / Que clase?

OB/ Gyn / Que problema?

Piel Scleroderma(problemas con el immune que causa problemas de la piel) Steven Johnson (Reaccion de medicina que lo hizo inchar en la cara)

Cabeza, ojos, oidos Cataratas Degeneracion de macular Separacion retiniana Siego Sordo

Enfermedad respiratoria Asma COPD Embolia pulmonar apnea del sueno

Problemas cardiacos Paro cardiaco congestivo Arteria coronaria ds Coagulo de sangre Rico en colesterol

Alta presion Prolapso de la valvula mitral Murmullos Embolio

Gastrointestinal Reflujo de Gastro-esophageal Hepatitis IBS Ulcera peptica

Urinario Falta renal Dialisis

Musculosqueletico Dolor de la espalda Osteoartritis (Artritis) Osteoporosis Raynaud's

Sindrome regional cronico del dolor (RSD)

Neuro Alzheimer Esclerosis multiple Neuropatia Parkinson Asimientos

Sicologico Alcoholismo Ansiedad Deficit de la atencion Depresion

Abuso de la droga

Linfa Hematologic Anemia Celula de la hoz

Endocrina Diabetes Hipertirodismo Hipotirodismo Obesidad

Inmunologia de la alergia

Enfermedad infecciosa SIDA VIH Osteomyelitis

Reumatologia Spondilitis de Ankilosing Fibromyalgia Gota Reiter's Reuma Articula

Trauma Accidente de vehiculo Fracturas

Explique por favor cualquier otra condicion medica:

**Por favor marque la localizacion de su dolor del pie y del tobillo:
 Describa el malestar del dolor**

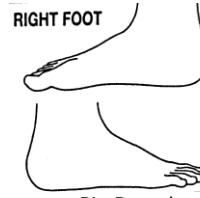
Fecha que se lastimo ___/___/___



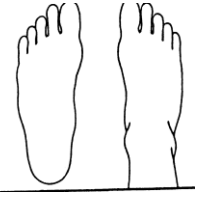
Pie Izquierdo



LEFT FOOT



RIGHT FOOT



Pie Derecho

Cirugía

Ano	Razon	Hospital

Por favor de listar el nombre de sus medicinas, tales como vitaminas e inhaladores, la fuerza y frecuencia de medicinas.

Nombre de la droga	Fuerza	Frecuencia tomada

Alergias a medicamentos

Nombre de la droga	Reaccion que tuvo	Nombre de la droga	Reaccion que tuvo

SOCIAL

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SERAN MANTENIDAS CONFIDENCIAL.

Ejercicio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Que tipo de ejercicio:		
Alcohol	Usted toma alcohol?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Cuantas bebida?		
Tabaco	Usa tabaco?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillo – paquetes/diario	<input type="checkbox"/> Tabaco de masticar - #/dia	<input type="checkbox"/> Pipa - #/dia
	<input type="checkbox"/> # de anos	<input type="checkbox"/> O que ano paro	
Drogas	Usted usa drogas ilegales?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Casado?:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Companion <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Budo/Buda		

HISTORIA FAMILIAR

PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICADO		PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICADO	
Padre		Hermanos Hermanas	<input type="checkbox"/> Hombre
			<input type="checkbox"/> Mujer
Madre		<input type="checkbox"/> Hombre	
		<input type="checkbox"/> Mujer	



The Center For Foot & Ankle Surgery
1015 E. 32ND St Suite 212
Austin, TX 78705
Phone: 512-477-8853 Fax 512-477-2592

Política Financiera

Nuestra meta fundamental es proporcionar cuidado medico excelente a todos nuestros pacientes. Es necesario establecer políticas para evitar malentendidos. Quisiéramos clarificar las políticas siguientes que son seguidas por nuestra práctica:

Cobertura de seguro: Participamos en muchos regímenes de seguros. No archivamos el automóvil u otras demandas de la responsabilidad de terceros (políticas del accidente, pleitos, etc.) Si tiene plan de seguros que no hacemos negocio con, el pago por completo en esperado en cada visita. Saber sus ventajas de seguro es su responsabilidad. Usted es responsable de la porción de sus cargos que no se cubran. Por favor llame a su compañía de seguros con cualquier pregunta sobre el proceso de la cobertura o de las demandas.

Seguro: Todos los pacientes deben llenar la información antes de ver al doctor. Debemos obtener una copia de su licencia y la prueba actual, válida del seguro. Si usted no tiene una tarjeta actualizada del seguro, el pago por completo para cada visita requirió hasta que podemos verificar su cobertura. Si usted no puede proveer de nosotros la información correcta del seguro de una manera oportuna, usted debe notificarnos **antes** de su visita siguiente así que nosotros podemos realizar los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus ventajas máximas.

Co-Pagos y balances: Los Co-pagos son debidos cuando usted entre. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Por favor recuerde que The Center for Foot & Ankle Surgery son médicos de especialidad y su co-pago puede ser mas que normal. Si usted no puede pagar su co-pago, usted puede ser que tenga que cambiar la hora de su cita. Los deductibles sin pagar, los porcentajes del seguro, y otros equilibrios excepcionales son también deuda sobre llegar con nuestra oficina delantera. Si el pago no puede ser hecho por completo, las opciones que financian están disponibles con Care Credit.

Remisiones: Es su responsabilidad obtener remisiones válidas de su médico si su compañía de seguros las requiere . Si usted no tiene su remisión a la hora de su cita, usted necesitará cambiar la hora de su cita o pagar para la visita antes de que usted vea a doctor.

Accidentes Relacionadas del Trabajo: Usted debe decir su oficina si su accidente/condición es relacionado al trabajo. Debemos verificar su demanda **antes** de su cita. Si usted trabaja para un patrón que se cubra bajo disposición de los trabajadores de Tejas' demanda de la remuneración se encuentra para ser fraudulento o no-compensable, usted es completamente responsable de todos los cargos.

No pago: Las declaraciones son debidas y pagaderas por completo sobre recibo. En caso que su pago de las vueltas de banco hecho por un cheque personal, un honorario de servicio de \$25.00 sea mandado a la cuenta. Si algún equilibrio es excepcional, podemos referir su cuenta a una agencia de colección y usted puede ser despedido de esta práctica. Si esta oficina debe tomar la acción para recoger un equilibrio excepcional en su cuenta, usted será responsable del pago de todos los costes de tales esfuerzos de la colección.

He leído y entiendo las políticas financieras y acuerdo seguir todas las pautas.

Firma del Paciente Responsable

Nombre/relación

Fecha



The Center For Foot & Ankle Surgery
1015 E. 32ND St Suite 212
Austin, TX 78705
Phone: 512-477-8853 Fax 512-477-2592

El Aviso de Confidencial

Entiendo que bajo acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPPA), tengo ciertas derechas a respecto de mi información protegida de la salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada:

- La conducta, plan y dirige mi tratamiento y carta recordativa entre los medicos que pueden estar implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtenga el pago de pagadores de tercera persona.
- Conduzca las operaciones normales de la oficina tales como certificaciones de los medicos y de la calidad de evaluacion.

Me han dado la derecha de repasar el aviso de las prácticas de la aislamiento antes de firmar este reconocimiento. Entiendo que *The Center for Foot & Ankle Surgery* reserva la derecha de cambiar estas políticas en cualquier momento y puedo entrar en contacto con esta oficina para una copia de la actualización a cualquier hora.

Entiendo que puedo solicitar en la escritura que usted restrinja cómo se utiliza mi información privada o divulgar para llevar nuestras operaciones del tratamiento, del pago. También entiendo que no requieren convenir con mis restricciones solicitadas, si esta de acuerdo entonces esta obligado a atenerse a las restricciones.

Nombre de Paciente

Firma

Fecha