



The Center For Foot & Ankle Surgery  
1015 E. 32<sup>ND</sup> 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. 32<sup>ND</sup> 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 mi y/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 substituto 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: \_\_\_\_\_

## HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

**Center for Foot & Ankle Surgery**

Charles Jason Hubbard, DPM

Trinity M. Mereau, DPM

Steven A. Walters, 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:

<b>General</b>	<input type="checkbox"/> Cambio en apetito	<input type="checkbox"/> Descalofrio/fiebre	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> otro
<b>Piel</b>	<input type="checkbox"/> Erupcion	<input type="checkbox"/> Comezon	<input type="checkbox"/> Lesions/ ampollas/ crecimiento	<input type="checkbox"/> otro
<b>Cabeza</b>	<input type="checkbox"/> Deformidad	<input type="checkbox"/> Lesion en la cabeza	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> otro
<b>Ojos</b>	<input type="checkbox"/> Vision velada	<input type="checkbox"/> Cambio en la vision	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> otro
<b>Oidos</b>	<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> Audencia disminuida	<input type="checkbox"/> Vertigos	<input type="checkbox"/> otro
<b>Nariz y sinos</b>	<input type="checkbox"/> Perdida de olor	<input type="checkbox"/> La nariz sangra	<input type="checkbox"/> Problemas del sino	<input type="checkbox"/> otro
<b>Boca y Garganta</b>	<input type="checkbox"/> Boca seca	<input type="checkbox"/> Ampollas en la lengua	<input type="checkbox"/> Dolor de muela	<input type="checkbox"/> otro
<b>Cuello</b>	<input type="checkbox"/> Tiroides agrandada	<input type="checkbox"/> Crecimiento	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> otro
<b>Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> Falta de respiracion	<input type="checkbox"/> Toz	<input type="checkbox"/> Agarunamiento de los dedos	<input type="checkbox"/> otro
<b>Cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Alta presion	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> otro
<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitar	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> otro
<b>Genitourinario</b>	<input type="checkbox"/> Orina frecuente	<input type="checkbox"/> Problema orinando	<input type="checkbox"/> Infeccion en el orin	<input type="checkbox"/> otro
<b>Musculoskeletal</b>	<input type="checkbox"/> Limitacion en movimiento	<input type="checkbox"/> Calambre del musculo	<input type="checkbox"/> Tiesedad	<input type="checkbox"/> otro
<b>P Vascular</b>	<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
<b>Neurologic</b>	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Asimientos/ataque cerebral	<input type="checkbox"/> Perdida de la memoria	<input type="checkbox"/> otro
<b>Sicologico</b>	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> otro
<b>Endocrina</b>	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Orin excesiva	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> otro
<b>Hematologic</b>	<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 **Musculoskeletal**     Dolor de la espalda     Osteoartritis (Artritis)     Osteoporosis     Raynaud's  
 Sindrome regional cronico del dolor (RSD) **Neuro**     Alzheimer     Esclorosis 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:

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

**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.

<b>Ejercicio</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Que tipo de ejercicio:</b>		
<b>Alcohol</b>	Usted toma alcohol?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Cuantas bebida?		
<b>Tabaco</b>	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	
<b>Drogas</b>	Usted usa drogas ilegales?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Casado?:</b>	<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	
<b>Padre</b>		<b>Hermanos Hermanas</b>	<input type="checkbox"/> Hombre
			<input type="checkbox"/> Mujer
<b>Madre</b>			<input type="checkbox"/> Hombre
			<input type="checkbox"/> Mujer



The Center For Foot & Ankle Surgery  
1015 E. 32<sup>ND</sup> 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. 32<sup>ND</sup> 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