

Nombre		Segundo Nombre		Apellido Paterno	
Dirrección del Paciente				Código Postal:	
Teléfono Primario		Otro Número de Teléfono		Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social		Fecha de hoy	
Nombre del Asegurado Principal (si otro)		Núm. Seguro Social del Asegurado Principal		Fecha de Nacimiento del Asegurado Principal	
Nombre del contacto de emergencia					
Número de teléfono:			Parentesco o relación:		
¿Cómo usted se enteró de nuestros servicios?		Amigo _____		Google	
Páginas amarillas-guía de teléfono		Páginas amarillas/Internet		Médico	
Página electronica Foot Clinic SC		Compañía de Seguros		Otros: _____	
¿Usted fue referido a nosotros por su médico de cabecera o familiar?					
¿Quién es su médico de cabecera o familiar?				Número de teléfono:	
Por favor indique a que es usted alérgico:					
Estatura		Peso		¿Usted fuma?	
				SI NO ¿Cúantos al día?	
				¿Usted toma bebidas alcoholicas? (circule una)	
				NO 2-3 semanal 4-6 semanal 7+ semanal	
<b>PADECE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:</b>					
Diabetes		Enfermedad del Corazón/Ataque del Corazón		Ataque Hepatitis	
Presión arterial alta		Artritis		Fiebre Reumática HIV /AIDS	
Enfermedad de los riñones		Enfermedad del Hígado		Cancer/Tipo _____	
<b>CUALES DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS TIENE:</b>					
Problemas de sangrado		Calambres en los pies		Adormecimiento en los pies	
Dolor en el arco del pie		Cosquilleo en los pies		Dolor de espalda	
Uñas enterradas		Poca circulacion sanguinea		Infección en los pies/heridas	
<b>ENUMERE OTRAS CONDICIONES MEDICAS</b>					
<b>EXPLIQUE LAS RAZONES PARA SU VISITA:</b>					
¿Qué farmacia/ recetario usted utiliza?				Dirrección:	
<b>POR FAVOR ENUMERE LAS ENFERMEDADES, CONDICIONES Y CIRUGIAS QUE HA TENIDO</b>					
Por favor enumere los medicamentos y dosis que usted toma:					
¿Alguna vez usted ha recibido tratamiento de un PODIATRA/MEDICO DE LOS PIES? SI No					
Razón:				Nombre:	

**Reconozco y acepto que SCPPSG/Foot Clinic of SC pueda: (MARQUE LAS QUE CORRESPONDAN)**

- Dejar mensajes sobre mis citas futuras.
- Dejar mensajes sobre los resultados de laboratorios, estudios de imágenes de rayos X, repeticiones de medicamentos en el contestador automático o mensaje de voz.
- Dejar mensajes sobre preguntas de facturación de mi seguro médico en mi contestador automático o mensaje de voz.

**Yo reconozco y acepto que Foot Clinic of SC/South Carolina Podiatric Physicians and Surgeons Group, LLC puede divulgar mi información protegida de salud y/o información en el expediente médico a las siguientes personas las cuales son miembros de mi familia, representante legal, tutor legal, sustituto de atención médica o tienen un poder de representación legal de mi parte:**

---

Escriba en letra de molde/impresa: nombre, relación o parentesco y número de teléfono

---

Escriba en letra de molde/impresa: nombre, relación o parentesco y número de teléfono

**Yo he leído y comprendido la información de este consentimiento. Puedo recibir una copia de este consentimiento si así lo decido, yo soy el paciente o la persona autorizada para actuar en nombre del paciente a firmar este documento que acredite el consentimiento con los términos antes descritos.**

---

Escriba en letra de molde/impresa

---

Firma del paciente o personal autorizado

---

Fecha

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE Prescripción Electrónica (E-Prescribing)**

Prescripción Electrónica (E-Prescribing) se define como la capacidad del médico para enviar electrónicamente una receta médica precisa, sin errores y legible directamente a la farmacia. El Congreso de los Estados Unidos ha determinado que la habilidad o capacidad de enviar electrónicamente las recetas es un elemento importante para mejorar la calidad del cuidado de la salud del paciente. E-Prescribing reduce en gran medida los errores de medicamentos y mejora la seguridad del paciente. La Ley Medicare Modernization Act (MMA) 2003 enumera los parámetros que tienen que ser incluidos en un programa de E-Prescribing. Estos incluyen:

**Las Transacciones de los Formularios y Beneficios** – Estos proveen al prescriptor o médico la información sobre los medicamentos cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.

**Historial de Transacciones de Medicamentos** – Esto proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para reducir al mínimo el número de eventos adversos de los medicamentos debido a su interacción.

Autorizo a Foot Clinic of SC, LLC para ver mi historial de prescripción de otros múltiples proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros, las farmacias y los administradores de beneficios de farmacia que puedan ser visible o accesibles para el profesional y el personal de Foot Clinic of SC, LLC, esto puede incluir prescripciones o recetas médicas de varios años atrás, previos a mi día de servicio, puede incluir también prescripciones para tratar el VIH, abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos. Entiendo que mi historial de prescripciones se convertirá en parte de mi expediente médico de Foot Clinic of SC, LLC

Luego de entender todo lo antes expuesto, Yo por este medio proporciono mi autorización informado a Foot Clinic of SC, LLC para que me añada al programa de E-Prescribing. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta ser revocado.

---

Escriba en letra de molde/impresa

---

Firma del paciente o personal autorizado

---

Fecha



### **Política Financiera del Paciente**

Gracias por seleccionar nuestro consultorio médico para sus servicios de podiatría. Nuestra práctica está comprometida en ofrecerle el mejor servicio posible. Este documento establece las Políticas Financieras de nuestra práctica, por lo que le solicitamos que lea y firme ANTES de recibir tratamiento.

- Los pagos por nuestros servicios deben ser pagos al momento de recibir los servicios. Una exclusión sobre esta política, son los pacientes que son miembros de un seguro médico del cual nuestra oficina sea miembro activo.
- Si nuestra oficina médica participa en su seguro médico, los copagos y cualquier deducible, deben ser pagos al momento de recibir los servicios. El personal de oficina verificará sus beneficios y le informará cual es su responsabilidad. Si tiene preguntas, por favor comuníquese directamente con su Seguro Médico.
- Si nuestra oficina no tiene un contrato vigente con su plan de Seguro Médico, usted será responsable por el pago total el **mismo día del servicio prestado**.
- Todos los pacientes son responsables por los pagos de sus tratamientos. Usted será responsable por su deducible, co-pagos y cualquier servicio que su Seguro Médico no considere necesario y todos los servicios o suministros no cubiertos.
- Nuestra oficina no facturará a ningún Seguro Médico secundario a Medicare. En algunos casos Medicare envía la información directamente a su Seguro Médico suplementario.
- Aceptamos como método de pago efectivo, cheques personales, Master Card y Visa.
- Un cargo de \$30.00 será añadido a su cuenta por cada cheque que usted utilice para pagar y sea devuelto a nuestra oficina. Ningún cheque será re-depositado.
- Algunos aseguradoras requieren autorización previa de su médico primario para que nuestros doctores puedan atenderle. El paciente es en última instancia responsable por la autorización; no nuestra oficina, ni el médico primario. Nuestra oficina puede ayudarle a solicitar dicha autorización.
- Si usted tiene una cita para recibir los servicios de podiatría o cirugía, nosotros realizaremos una revisión de sus beneficios antes de su procedimiento podiátrico o cirugía para determinar aproximadamente cual sería el total del cual usted sería responsable luego de que la aseguranza pague por el servicio. El pago en su totalidad por estos servicios deberá ser realizado antes de recibir el procedimiento o cirugía.
- Los créditos o reembolsos se emitirán mensualmente según correspondan. Los reembolsos o créditos se darán en la forma de un cheque.
- Se recomienda avisar con 24 horas de anticipación que necesita cancelar su cita, para evitar una tarifa de cancelación de \$25.00.
- Si usted no tiene un Seguro Médico o los servicios no están cubiertos por su póliza, la práctica requiere el pago total (100 %) a menos que se hayan hecho arreglos de pago con anterioridad. Por favor, hable con nuestra Gerente Elsa Lindstrom si tiene alguna pregunta o si necesita hacer un plan de pago.
- Es nuestra política enviarle tres estados de cuenta mensuales consecutivos con su saldo. Una vez que todos los intentos de cobro se han agotado, la cuenta del paciente se envía a una agencia de colección o cobros. Si despues de un tiempo razonable el saldo sigue vigente, su cuenta será enviada a un abogado de cobros y el paciente se compromete a pagar dichos costos incluyendo los honorarios del abogado.
- Nuestra clinica entiende que los problemas financieros temporales o imprevistos pueden afectar el pago continuo de su cuenta; por lo cual, si se presentan estos problemas, le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros inmediatamente para poderle ofrecer ayuda en realizar nuevos acuerdos de pago a su cuenta.
- Si usted tiene alguna pregunta con respecto a nuestras políticas financieras, no dude en hablar con nuestra gerente, Elsa Lindstrom. Nuestra oficina realizará todos los esfuerzos posibles para aclarar cualquier información o responder sus preguntas acerca de su cuenta.

**\*\*POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ANTES DE FIRMAR\*\*** Al firmar este documento reconozco que he leído, entendido, y estoy de acuerdo con los términos de esta Política Financiera. También solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a nombre de Foot Clinic of South Carolina. Autorizo divulgar información médica a mi plan de seguro y sus agentes o cualquier información necesaria para determinar pago por mi tratamiento. Certifico que soy, ya sea el paciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente como agente general para ejecutar lo anterior y aceptar los términos.

Firma del paciente o su representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_