



Correo Electrónico: information@footclinicsc.com

Formulario de Pacientes Nuevos

Información General

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ #Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Otro # de Teléfono _____

Correo Electrónico _____

¿Cómo se entero de nosotros? _____

¿Cuáles su Doctor de Cabecera? _____

¿Cuándo fue su última cita? _____

Nombre y dirección de su farmacia _____

Contacto de Emergencia _____

Número de teléfono _____

Consentimiento Para Menores

Nombre del Guardián _____ Apellido del Guardián _____

Número de teléfono _____ Relación con el Paciente _____

Firma del Guardián _____



Incluir todos los medicamentos que está tomando actualmente

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis

¿Usted tiene alguna alergia? (por favor marcar)

Penicilina Cinta Lidocaína Látex Codeína Sulfonamida Yodo

Historial médico (por favor marcar)

SIDA/VIH Presión arterial alta Gota Juanete Hepatitis Una encarnada

Diabetes: Si o No ¿Cuál fue el valor de su última medición de azúcar en sangre?: _____

¿Le han realizado alguna cirugía? Si o No ¿Cuál?

Estatura_____ **Peso**_____ **Talla de zapato**_____

¿Usted fuma o usa tabaco? Si o No ¿Cuántos paquetes de cigarrillo al día? _____

¿Usted consume alcohol? Si o No ¿Con que frecuencia? _____

¿Cuál es la razón de su visita? _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

¿Usted ha visto a un Podólogo (Doctor especialista en pies) antes? Si o No

¿Usted ha recibido rayos X en los últimos 3 meses? Si o No ¿Dónde? _____

Iniciales de su nombre _____

Autorizo y permito que Foot Clinic of SC : (MARQUE LAS QUE CORRESPONDAN)

___ Envíé mensajes de voz acerca de mis citas medicas futuras

___ Envíé mensajes de voz acerca de resultados de laboratorios, estudios de imágenes de rayos X y medicamentos a mi contestador automático

___ Envíé mensajes de texto acerca de preguntas sobre facturación de mi seguro medico

Autorizo a Foot Clinic of SC para que pueda divulgar información privada sobre mi salud y/o mi expediente médico a las siguientes personas las cuales son miembros de mi familia, representante legal, tutor legal, sustituto de atención medica o tienen un poder de representación legal de mi parte:

Escriba en letra clara: Nombre completo, relación o parentesco y número de teléfono

He leído y comprendido la información anteriormente descrita y si así lo deseo puedo solicitar una copia de este consentimiento. Aquí abajo firmo como paciente o persona autorizada para actuar en nombre del paciente acreditando el consentimiento con los términos anteriormente descritos.

Escriba en letra clara nombre completo

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESCRIPCION ELECTRONICA (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 medico 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 South Carolina, 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 medicas 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 medico de Foot Clinic of SC, LLC.

Luego de entender todo lo antes expuesto, yo por este medio proporciono mi autorización 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

Nombre completo

Firma del paciente o personal autorizado

Fecha

Política Financiera del Paciente

Gracias por seleccionar nuestro consultorio medico para sus servicios de podología. Nuestra practica esta 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 la visita médica. 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 medica participa en su seguro médico, los copagos y cualquier deducible, deben ser pagos al momento de recibir los servicios. El personal de nuestra oficina verificara sus beneficios y le informara 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 de la visita 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 Medico no considere necesario y todos los servicios o suministros no cubiertos.
- Nuestra oficina no facturara a ningún Seguro Medico secundario a Medicare. En algunos casos Medicare envía la información directamente a su Seguro Médico suplementario.
- Aceptamos como método de pago, efectivo, cheques, Master Card y Visa.
- Un cargo de \$30.00 dólares será añadido a su cuenta por cada cheque que usted utilice para pagar y sea devuelto a nuestra oficina. Ningún cheque será re-depositado.
- Algunas aseguradoras requieren autorización previa de su medico primario para que nuestros doctores puedan atenderle. El paciente es en ultima instancia responsable por la autorización; no nuestra oficina, ni el medico primario. Nuestra oficina puede ayudarle a solicitar dicha autorización.
- Si usted tiene una cita para recibir los servicios de podología o cirugía, nosotros realizaremos una revisión de sus beneficios antes de su procedimiento podológico o quirúrgico para determinar aproximadamente cual seria el total del cual usted es responsable luego de que la aseguradora pague por el servicio. El pago en su totalidad por estos servicios deberá ser realizado antes de recibir el procedimiento o de realizar alguna cirugía.
- Se recomienda avisar con 24 horas de anticipación que necesita cancelar su cita, para evitar una tarifa de cancelación de \$50.00 dólares.
- Si usted no tiene un Seguro Medico 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.
- Nuestra clínica 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 con 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 realizara todos los esfuerzos posibles para aclarar cualquier información o responder sus preguntas acerca de su cuenta.

****POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION 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 medica 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 representante general para ejecutar lo anterior y aceptar los términos.

Nombre del paciente o su representante _____

Fecha: _____