



## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

SEXO:  Hombre  Mujer

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Vuido/a  Divorciado(a)/Separado(a)

Dirección de Casa \_\_\_\_\_ No. De Apt.: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel Celular: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Talla de Zapato: \_\_\_\_\_ Ancho: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PARTIDO RESPONSABLE

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Hay una referencia reguerida de su doctor regular?  Si  No Copay de Especialista: \_\_\_\_\_

Compañía Primaria:	Compañía Secundaria:
Nombre de suscriptor:	Nombre de suscriptor:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Seguro:	Numero de Seguro:
Policy/ID #:	Policy/ID #:
# de Grupo:	# de Grupo:

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a Usted: \_\_\_\_\_  
Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_



**Alex W. Garcia, DPM**

**INFORMACION DEL DOCTOR PRINCIPAL Y FARMACEUTICO**

Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Fecha de la ultima visita con su doctor primario? \_\_\_\_\_  
Nombre de su farmacia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

---

**COMO NOS ENCONTRO?**

Doctor     Directorio Telefónico     Aseguranza     Internet     Otro \_\_\_\_\_

---

## HISTORIA PERSONAL DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Favor de Circular Si o No para TODAS las siguientes preguntas:

### Cardiovascular

- SI or NO Anemia
- SI or NO Angina de pecho o dolor en el pecho
- SI or NO Desorden de la sangre
- SI or NO Transfusión de sangre o plasma
- SI or NO Presión alto o baja
- SI or NO Calambres en las piernas
- SI or NO Problemas del corazón  
(marcapasos/reemplazo de válvula)
- SI or NO Prolapso de la válvula Mitral
- SI or NO Falta de aire cuando camina
- SI or NO Pies y Tobillos hinchados
- SI or NO Venas Varicosas o flebitis
- SI or NO "Stroke"

### Respiratory

- SI or NO Asma
- SI or NO Bronquitis
- SI or NO Neumonía
- SI or NO Desorden respiratorio
- SI or NO Tuberculosis

### Musculoskeletal

- SI or NO Artritis
- SI or NO Gota
- SI or NO Fibromialgia

### Historia Social

- SI or NO Uso de alcohol
- SI or NO Uso de tabaco
- SI or NO Uso de drogas
- SI or NO SIDA o HIV

### Gastro Intestinal

- SI or NO Reflujo
- SI or NO Ulceras estomacales
- SI or NO Problemas del colon
- SI or NO Enfermedad de Chrohn
- SI or NO Hepatitis

### Genito Urinaria

- SI or NO Enfermedad de los riñones
- SI or NO Enfermedades Venéreas
- SI or NO Ardor al orinar

### Dermatológica

- SI or NO Alergias
- SI or NO Eczema
- SI or NO Soriasis

### Otras

- SI or NO Enfermedad de la Tiroide
- SI or NO Embarazada
- SI or NO Diabetes
- SI or NO Cáncer

Por favor enumere cualquier otra problema medico:

---



---



---



**PERSONAL HEALTH HISTORY**

**Conteste todas las preguntas. Si no aplican, escriba NINGUNO**

Hospitalizaciones anteriores, cirugías, enfermedades graves. Enumere en orden cronológica (con fechas):
Medicamentos (Enumere Todos, incluyendo esos sin receta):
Alergias a comida, medicamento o algún material (Enumere TODOS):

**Historia Familiar (Si han fallecido, a que edad y a que causa)**

Enfermedades Paternales \_\_\_\_\_

Enfermedades Maternales \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ D.P.M.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardian legal



## PETICIÓN PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Dr. Alex Garcia y su personal a divulgar la información a la persona(s) siguiente sobre mis procedimientos, así como cualquier otra información referente a mi salud. También autorizo la persona(s) siguiente para recibir la información referente a mi estado financiero.

Nombre	Telefono	Relacion	Fecha	Iniciales
1 _____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____	_____

Nota:

Habrà tiempos que esta oficina llamarà y que dejara mensajes con respect a citas, prescripciones, articulos/plantillas o materias con respect a mi cuenta.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizaci3n en cualquier momento por

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## AUTORIZACION DE ASEGURANZA/POLICIA DE PAGOS

Nuestra oficina está aquí para asistirle en comunicar con su compañía de seguros para el reembolso de los costos. Esperaremos 90 días que su compañía de seguros su cuenta y si no le daremos 30 días para pagar el balance.

1. Es la responsabilidad de paciente de pagar cualquier deducible y co-pago cuando se rinden los servicios.
2. Cualquier porción de una cantidad mandana la cuenta que se etiquette “rechazada” o “excendente razonable y acostumbrado se convertirá en la responsabilidad del patient.
3. Nuestra oficina NUNCA garantiza que su seguro pagará. Haremos cada esfuerzo al principio de su cuidado medico de recibir la verificación de su aseguranza . Sin embargo, sip or una cierta razón se niega su demanda de seguro, usted es responsable de la cantidad debida en su cuenta.
4. Como cortesía a nuestros pacientes, procuramos verificar toda la información pertinente del seguro, pero es la responsabilidad del paciente verificar que el cuidado recibido sera cubierto por su regimen de seguros. Las remisiones son también la responsabilidad del paciente.
5. Cualquier cuesto incurrida en debido a la carencia de la cobertura, remission, o las restricciones en cobertura serán la responsabilidad unica del paciente.
6. No procesaremos la información del segura de pacientes que viven afuera del estado te tejas. Le daremos al paciente un recibo para poder conseguir el reembolso de la compañía de aseguranza.

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

### Uso del Información Privada Pertinente al Tratamiento, Pago, o Operaciones del Cuidado del Salud

Como parte de su cuidado medico, la oficina de ALEX W. GARCIA, DPM originara y mantenera los expedients de la salud que describen su historia de la salud, los síntomas, los resultados de la examinación y de cualquier prueba, las diagnosis, tratamiento y cualquier plan para el cuidado o el tratamiento future. Esta información se utilize para planear el tratamiento, el pago, y otras operaciones del cuidado del salud (TPO) por ejemplo la determinacion de calidad y el repaso de la capacidad de los profesionales del cuidado medico. Todos los expedients son propiedad fisica de ALEX W. GARCIA, DPM.

Con este consentimiento la oficina de ALEX W. GARCIA, DPM tiene permiso a llamar al paciente en su domicilio o un local alternative y dejar un masaje en voicemail o con otra persona en referencia a cualquier artículo que asista al proceso de realizar TPO, tal como recordatorios de la cita, articulos del seguro y cualquiera llamada perteneciendo al cuidado clinic, incluyendo resultados, entra otras. La oficina de ALEX W. GARCIA, DPM también tiene consentimiento para enviar correo, incluyendo recordatorios de la cita y, al hogar del paciente o a otra local alternativa a condición de que el correo este marcado como personal y confidencial.

Las prácticas de privacidad de la oficina de ALEX W. GARCIA, DPM dan información específica y una descripción complete de cómo la información personal de la salud puede ser utilizada y ser divulgada. Proporcionaremos a los pacientes una copia de o el acceso al aviso las prácticas de privacidad. Los pacientes tiene el derecho de repasar el aviso antes de firmar el consentimiento. La oficina de ALEX W. GARCIA, DPM, reserve aderecha de cambiar el aviso de las prácticas de privacidad. Antes de poner en práctica la revisada practicas de privacidad, una copia se proporcionara a todos los pacientes. Los pacientes tienen le derecho de restringir el us y/o el acceso de la información personal de la salud para el tratamiento, pago o las poeraciones del cuidado medico. No se requiere que la oficina de ALEX W. GARCIA, DPM este de acuerdo con las restricciones solicitadas. Los pacientes pueden revocar este consentimiento en cualquier momento en escribir except hasta el punto de la revocado por el paciente en escritura cualesquiera y todos los expedients, está escrito, orales o en format electronic, son confidenciales y no pueden ser divulgado sin la autorización escrita anterior, a menos que según lo proporcionado de otra manera por la ley.

## ERISA RIGHTS

El derecho al pago para todas las ventajas médicas se asigna directamente a ALEX W. GARCIA, DPM en la consideración para los servicios medicos y las Fuentes proporcionadas conforme al seguro médico de los pacientes. Si el plan del seguro médico rechaza pagar los servicios proporcionados, médicamente necesarios, les derechas ERISA\* también se asignan a ALEX W. GARCIA, DPM para una revision complete y justa de cualesquiera y todas les demandas negadas. Esta asignación de ERISA está en la consideración para los servicios sin pagar proporcionados y en la consideración para la buena voluntad contiuada de ALEX W. GARCIA, DPM de considerer a pacientes sobre una base de la asignación del seguro. Si el doctor que trata prevalece en cualquier conflict del pago, el paciente puede ser obligado para los servicios disputados.

Los pacientes dan consentimiento a la información médica a ALEX W. GARCIA, DPM, y consentimiento de la elasticidad a ALEX W. GARCIA, DPM para mandar la información médica a otros abastecedores del healthcare con el fin tratamiento, cuando son necesarios para mi cuidado. Los pacientes dan consentimiento a ALEXW. GARCIA, DPM, para enviar la información médica, como necesario, a sun regimen de seguros.

*\*ERISA es siglas para el acto de la seguridad de la renta de retiro del empleado. El empleado que el acto de la seguridad de la renta de retiro incluye las leyes federales que requieren a companies de seguros para procesar sometiò demandas de seguro y abrogò demandas de seguro (negadas) según regulaciones de ERISA. La falta de procesar sometiò demandas de seguro y abrogò demandas de seguro (negadas) según regulaciones de ERISA puede dar lugar a las multas cargadas a la compañía de seguros en las cantidades hasta \$110 un dia para cada infracción.*



## AUTORIZACIÓN DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE AISLAMIENTO

Reconozco que me proporcionaron una copia del aviso de las prácticas de la aislamiento. He leído y entiendo el aviso. Firmando esta forma, estoy consintiendo al uso de los ASOCIADOS, y de ALEX W. GARCIA, DPM y al acceso de mi PHI de realizar PHO.

Firma del Partido Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF FINANCIAL POLICY

Reconozco que he leído y entiendo la política financiera. Entiendo que ALEX W. GARCIA, DPM no es en última instancia responsable de recoger mi seguro o de negociar el establecimiento de demandas.

Entiendo que para controlar el coste de la facturación, pagaré co-pago porciones de mi visita de la oficina a la hora de la visita.

Entiendo las políticas financieras y acepto la responsabilidad del pago de cualquier equilibrio debido en mi cuenta.

Firma del Partido Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE ENTREGAR BENEFICIOS MÉDICOS

Autorizo por este medico el ENTREGO da la informacion médica necesaria para procesar demandas de seguro, asigno, y autorizo por este medio el pago directo de todo el medico y/o las ventajas quirúrgicas, incluyendo seguro medico, seguro privado, y otros planes de la salud a GP PODIATRY ASSOCIATES.

Recuerde por favor que el seguro medico es considerado un método de reembolso al paciente para los honorarios pagados al doctor y no es un substitute para el pago. Algunos seguros pagan un “fixale allowance” para ciertos procedimientos, y otras pagan un porcentaje de la carga. Es su responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, del co-seguro, o de cualquier otro balance no pagado por se seguro.

Al grado necesario para determinar responsabilidad y para obtener reembolso, autorizo el acceso a porciones del expediente del paciente.

Seuirá habiendo esta asignación en efecto hasta revocado por el paciente en escritura. Una copia firmada de esta asignación sera considerada tan válida como una original.

Firma del Partido Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## CONFIRMACION DE RECIBO DE LOS DERECHOS ERISA

Reconozco que he recibido una copia del aviso de las derechas de ERISA. Firmando abajo, estoy confirmand que he liedo y entendido el aviso.

Firma del Partido Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_