

ALEX W. GARCIA, DPM

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ **FECHA DE HOY:** _____

Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/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 requerida de su doctor regular? Si No Copay de Especialista: _____

Compañía Primaria:	Compañía secundaria:
Nombre de suscriptor:	Nombre de suscriptor:
Fecha de Nacimineto:	Fecha de Nacimineto:
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 _____

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

Gastro Intestinal

- SI o NO Reflujo
- SI o NO Úlceras estomacales
- SI o NO Problemas del colon
- SI o NO Enfermedad de Crohn
- SI o NO Hepatitis

Genito Urinaria

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

Respiratorio

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

Dermatológica

- SI o NO Alergias
- SI o NO Eczema
- SI o NO Soriasis

Musculoesketal

- SI o NO Artritis
- SI o NO Gota
- SI o NO Fibromialgia

Otras

- SI o NO Enfermedad de la Tiroide
- SI o NO Embarazada
- SI o NO Cáncer
- SI o NO Diabetes**

Por favor enumere cualquier otra problema medico:

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 guardián legal: _____

ALEX W. GARCIA, DPM

REQUEST FOR CONFIDENTIAL COMMUNICATIONS

I, _____, hereby authorize Dr. Alex Garcia and his staff to disclose information to the following person(s) about my procedures, as well as any other information concerning my health. I also authorize the following person(s) to receive information concerning my financial statement.

Name	Relationship	Date	Initials
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____

Note:

There will be times that this office will call and leave messages regarding appointments, prescriptions, medical equipment and orthotics, or materials regarding my financial status.

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by written notification.

Signature

Date

AUTORIZACIÓN 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 pague 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 mandada la cuenta que se etiquete "rechazada" o "excedente razonable y acostumbrado" se convertirá en la responsabilidad del paciente.
3. Nuestra oficina NUNCA garantiza que su seguro pagará. Haremos cada esfuerzo al principio de su cuidado médico de recibir la verificación de su aseguranza. Sin embargo, si por 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 será cubierto por su régimen de seguros. Las remisiones son también la responsabilidad del paciente.
5. Cualquier costo incurrida en debido a la carencia de la cobertura, remisión, o las restricciones en cobertura serán la responsabilidad única 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 de 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 expedientes 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 futuro. Esta información se utiliza para planear el tratamiento, el pago, y otras operaciones del cuidado del salud (TPO) por ejemplo la determinación de calidad y el repaso de la capacidad de los profesionales del cuidado medico. Todos los expedientes 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 alternativa 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, artículos del seguro y cualquiera llamada perteneciendo al cuidado clínico, incluyendo resultados, entre 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 completa 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 reserva la derecha 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 uso y/o el acceso de la información personal de la salud para el tratamiento, pago o las operaciones 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 excepto hasta el punto de la oficina de ALEX W GARCIA, DPM haya tomado ya la acción en confianza en consentimiento previo. Este consentimiento es válido hasta revocado por el paciente en escritura

Cualesquiera y todos los expedientes, está escrito, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgado sin la autorización escrita anterior, a menos que según lo proporcionado de otra manera por la ley.

DERECHOS DE ERISA

El derecho al pago para todas las ventajas médicas se asigna directamente a Alex W. Garcia, DPM en la consideración para los servicios médicos y las fuentes proporcionadas conforme al seguro médico de los pacientes. Si el plan del seguro médico rechaza pagar los servicios proporcionados, médicamente necesarios, las derechas ERISA* también se asignan a Alex W. Garcia, DPM para una revisión completa y justa de cualesquiera y todas las demandas negadas. Esta asignación de ERISA está en la consideración para los servicios sin pagar proporcionados y en la consideración para la buena voluntad continuada de Alex W. Garcia, DPM de considerar a pacientes sobre una base de la asignación del seguro. Si el doctor que trata prevalece en cualquier conflicto del pago, el paciente puede ser obligado para el co-pago 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 del tratamiento, cuando son necesarios para mi cuidado. Los pacientes dan consentimiento a Alex W. Garcia, DPM para enviar la información médica, como necesario, a su régimen 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 compañías de seguros para procesar sometió demandas de seguro y abrogó demandas de seguro (negadas) según regulaciones de ERISA. La falta de procesar sometió demandas de seguro y abrogó 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 día para cada infracción.*

ALEX W GARCIA, DPM

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, de DPM del GP PODIATRY y al acceso de mi PHI de realizar PHO

Firma del Partido Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

CONFIRMACION DE RECIBO DE POLICIAS FINANCIERAS

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

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

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

Seguirá habiendo esta asignación en efecto hasta revocado por el paciente en escritura. Una copia firmada de esta asignación será 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 confirmando que he leído y he entendido el aviso.

Firma del Partido Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____