

Historial médico e información del paciente

Nombre: Primero _____ MI _____ Último _____

Dirección de casa: _____ APT # _____

Ciudad (*): _____ Estado (*): _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ lbs

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

teléfono celular: _____ Sexo: M / F (Trans: M a F; F a M) (circule uno)

Estado civil: S M D Sep W

Correo electrónico: _____

Por favor marque cualquier método (s) que podamos contactar con usted:

Teléfono _____ Correo electrónico _____ Texto _____ No importa _____

Raza: india americana asiática o nativa de Alaska

Negro o afroamericano nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico

Blanco No especificado

Origen étnico: hispano o latino no hispano o latino no especificado

Idioma preferido: _____

Empleador del paciente: _____ Ocupación: _____

Tipo de trabajo: sedentario, algunos sentados / algunos de pie, sobre los pies todo el día, trabajo manual (circule uno) ¿Eres un estudiante? Sí o No Grado: _____ (circule uno)

Nombre del contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección / ubicación: _____ Ciudad: _____

¿Como supiste de nosotros? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SI

tiene una copia digital de su tarjeta de seguro, envíela por correo electrónico a Stephanie@Landmarkfootandankle.com

Nombre de la compañía de seguros: _____

Marque aquí si usted, el paciente mencionado anteriormente, es el principal titular de la póliza Nombre del tenedor de la póliza: _____

Cumpleaños _____ SSN #: _____ Relación con el paciente:

Padre: ___ Esposa: ___ Otra: _____

Médico de Primaria: _____ Fecha de la última visita: _____
 Si es diabético, ¿quién es su médico tratante? _____

Fecha de la última visita: _____ Hemoglobina A1c (resultado de laboratorio más reciente): _____

En el diagrama a la derecha, circule las áreas de dolor o problema(s).

Describa su problema de pie o tobillo? _____

¿Cuánto tiempo te ha estado molestando?

¿Qué se ha hecho para tratar esto?

Historia social

¿Fumas? Sí / No Cantidad / día: _____ # años: _____

¿Bebes alcohol? Sí / No # bebidas / con qué frecuencia: _____

Usas alguna droga recreativa? Sí / No Tipo: _____

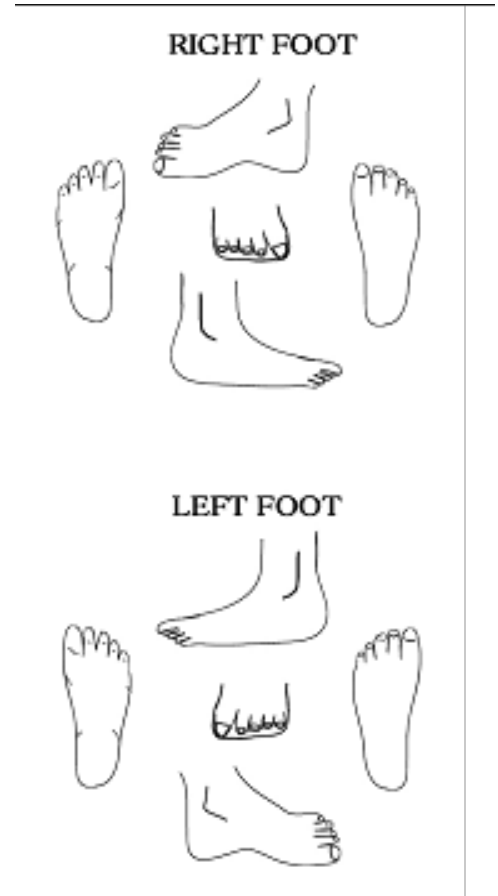
Alergias a DROGAS:

Medicamentos

Por favor liste todos los medicamentos actuales (con dosis). Incluir sin receta, vitaminas, suplementos herbales.

Nombre de la medicación	Dosis / Frecuencia	Razón para tomar la medicina
-------------------------	--------------------	------------------------------

Historial médico personal y revisión de sistemas (marque todas las que correspondan)



Ojos, Oídos, Nariz y Garganta:

Vista deteriorada Cataractos Frenquias frecuentes de hemorragia
 Glaucoma Hipoacusia Retinopatía

Respiratorio:

Bronquitis crónica Asma Embolo pulmonar Cáncer de pulmón
 Tuberculosis Enfisema Alergias C.O.P.D.

Cardiovascular:

Ataque al corazón La trombosis venosa profunda Alta presión sanguínea
 Insuficiencia cardíaca Angina Insuficiencia venosa Colesterol alt
 Prolapso de la válvula mitral Arritmia Enfermedad vascular periférica
 Aneurisma abdominal Vasculitis Enfermedad de las arterias coronarias
 Claudicación intermitente Desmayos Pacemaker

Gastrointestinal:

Úlcera péptica Cáncer de hígado Cáncer de estómago
 Esofagitis por reflujo / ERGE Problema de la vesícula biliar Colon cáncer
 Cáncer de páncreas Diverticulosis Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
 Cirrosis Diarrea Crohn / colitis

de vejiga

Micción frecuente Infecciones de vejiga Cálculos renales Insuficiencia renal
 Cáncer de vejiga Cáncer de RIÑÓN

Hembra:

Cáncer de mama Cáncer de ovario

Masculino:

Benign Hipertrofia prostática
 Cáncer de próstata

Hematológicos (trastornos de la sangre):

Anemia Enfermedad de células falciformes / rasgo Trastorno hemorrágico
 Leucemia linfoma trastorno plaquetario

Endocrino:

Diabetes: Tipo 1 o Tipo 2 Hipotiroidismo Hipertiroidismo

Neurológico (Sistema Nervioso):

Convulsiones De Parkinson Migrañas Trazo / TIA
 La enfermedad de Alzheimer Ataxia Esclerosis múltiple Ciática
 Neuropatía Distrofia muscular Polio Enfermedad degenerativa del disco
 Enfermedad del diente de Charcot-Marie Parálisis cerebral Tumor cerebral

Hueso y Articulación:

Artritis Reumatoide Enfermedad de Reiter Gota Osteoporosis
 Osteoartritis Espondilitis anquilosante Charcot Joint Cáncer óseo o muscular
 Lupus Osteomielitis Artritis psoriásica De paget
 Fracturas: Tipo / Ubicación _____

Piel:

Liquen plano Rosácea Psoriasis Eczema Carcinoma de células basales
 Carcinoma de células escamosas Melanoma Cicatrices hipertróficas / queloides

Psiquiátrico:

Insomnio Depresión Ansiedad Trastorno bipolar

Enfermedades de la infancia:

Fiebre reumática Varicela Paperas

Inmunología:

El VIH Neutropenic Síndrome de fatiga crónica

Cirugías y hospitalizaciones

Cirugías / hospitalizaciones anteriores	Fechas aproximadas	Razón

Historia familiar (Marque todas las que correspondan con una M-Madre y / o F-Padre)

Artritis: _____ Cáncer _____ Tipo: _____ Círculo de diabetes (Tipo 1 o 2) _____
Epilepsia: _____ Problemas en los pies: _____ Tipo: _____
Enfermedad del corazón: _____ Presión arterial alta: _____ Colesterol alto: _____
Accidente cerebrovascular: _____ Otro: _____

Cualquier otra información pertinente que le gustaría que el médico conozca:

LANDMARK FOOT & ANKLE CENTER, P.C.

www.landmarkfootandankle.com

5249 Duke Street, Suite 212
Alexandria, VA 22304

Telephone: 703-3702313
Fax: 703-370-2490

POLÍTICA DE OFICINA

Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra oficina. Nos esforzamos por brindar atención de primera calidad en un ambiente cómodo. Presentamos reclamaciones a sus seguros primarios, secundarios y terciarios. Sin embargo, hemos encontrado que pocos planes de seguro cubren el costo total involucrado en sus visitas. **Su póliza es entre usted y su compañía de seguros y es importante que entienda sus disposiciones. No podemos garantizar el pago de sus reclamaciones ni aceptar la responsabilidad de negociar su reclamación. En este momento, no estamos aceptando planes de salud emitidos por el estado de ningún paciente nuevo (por ejemplo, Medicaid, Anthem Healthkeepers Plus, Famis, Amerigroup, (planes Aetna Leap, solo Dra. Kim), planes de atención comunitaria, etc.).**

Los copagos se vencen al momento de su visita; Si no paga el copago en la fecha del servicio, se agregará una tarifa administrativa de \$ 10. Tenga en cuenta que se le pedirá que pague la factura en su totalidad si usted es un **AUTO PAGO** paciente. Aceptamos efectivo, cheques, todas las principales tarjetas de crédito y giros postales para pagos.

Si su compañía de seguros requiere una referencia para que la vea Landmark Foot and Ankle Center, usted es responsable de brindárnosla el día de su cita. Si tu no tiene una referencia válida referido tendrá que reprogramar su cita.

Es responsabilidad del paciente informarnos de CUALQUIER cambio de dirección o cambio de seguro. (Nota: si su seguro cambia y necesitamos volver a facturar cualquier reclamación conforme a su nueva póliza, se le cobrará una tarifa de \$ 10).

Al comienzo de cada mes, se le enviará un estado de cuenta que le informa sobre el estado de su cuenta. Cualquier cheque devuelto incurrirá en un cargo de \$ 35.00 más cualquier cargo bancario asociado con el cheque **devuelto Cualquier cuenta vencida después de 90 días será entregada a cobros.** Todos los honorarios de abogados, costos judiciales y todos los honorarios relacionados con el proceso de cobro son responsabilidad exclusiva del paciente. Tenga en cuenta que el 33 1/3% se evaluará automáticamente en el momento en que la cuenta se envíe a las colecciones.

Es importante que cancele cualquier cita en el consultorio con al menos 24 horas de anticipación, de modo que podamos utilizar ese horario de citas para emergencias si es necesario. Si no cancela dentro de las 24 horas o si no se presenta a su cita, se le cobrará una tarifa de \$ 35.00. Si está programado para una cirugía y cancela dentro de los siete días hábiles, se le cobrará \$ 100.00. Si no se presenta a una cirugía programada, se le cobrará \$ 250.00. Este cargo no es reembolsable por su compañía de seguros y es su exclusiva responsabilidad.

Debido al aumento de los costos administrativos y de personal, estaremos cobrando por lo siguiente: **Registros médicos:** 1-20 páginas \$ 20.00; \$ 1.00 cada página adicional **Rayos X:** \$ 20.00 por juego de rayos x **Discapacidad, Trabajo o Formas Médicas:** \$35.00. Por favor permita **hasta 7 días hábiles** para que su solicitud sea completada.

Entiendo que mi médico le explicará los riesgos, los beneficios y los tratamientos alternativos, antes de que se realicen los tratamientos. Estos pueden incluir procedimientos quirúrgicos, pruebas de diagnóstico y atención médica. Autorizo a mi médico a realizar dichos procedimientos después de haberlos discutido, lo cual es aconsejable según su criterio profesional.

Yo, el paciente o representante, autorizo a Landmark Foot & Ankle Center, P.C. para solicitar beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados por Landmark Foot & Ankle Center, P.C. Solicito que los pagos de mi compañía proveedora de seguros se realicen directamente a Landmark Foot & Ankle Center, P.C. Entiendo que soy responsable y acepto pagar puntualmente todos los cargos por servicios médicos en el momento en que se prestan los servicios y aceptar la responsabilidad legal de todos y cada uno de los cargos para mí o para el paciente, incluidos todos los costos incurridos por nuestro abogado de cobro. Entiendo que soy responsable de todos los honorarios y cargos profesionales, independientemente de la cobertura del seguro o de cualquier otra fuente de pago.

Certifico que la información que he reportado, con respecto a mi cobertura de seguro, es correcta. Además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluida la información médica para esta o cualquier reclamación relacionada, al agente de facturación mencionado anteriormente. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por el transportista mencionado anteriormente o por mí mismo en cualquier momento por escrito.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

“AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD”

Acuse de recibo

Al firmar esta página, reconozco haber recibido la notificación HIPAA de Landmark Foot & Ankle Center, PC, que describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica.

➡ Nombre del paciente : _____

➡ Firma: _____

Relación con el paciente : _____

➡ Fecha : _____

Testigo : _____