

El Registro de Pacientes Yuma Foot Care Jessica Duggan, DPM

Apellido	Nombre	Segundo
Direccion	Ciudad	Estado
Codigo postal		
Telefono de casa () -	Numero de Celular () -	Correo electronico
Fecha de nacimiento / /	Seguro Social	Sexo M F
		Estado Civil
Idioma primario	Raza	Etnia
Empleador	Ocupacion	
Contacto de Emergencia	Relacion	Telefono () -
		Celular () -
Doctor Primario y Telefono	Referido Por	
	<input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Dr Primario <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> El Seguro <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Paginas amarillas <input type="checkbox"/> Feria De La Salud <input type="checkbox"/> Otro _____	
Telefono () -		
Ultima visita		
Asegurancia Primaria	Asegurancia Secundaria	
Compania	Compania	
ID#	ID#	
Nombre del Asegurado	Nombre de Asegurado	
Relacion	Relacion	
Fecha de nacimiento de asegurado	Fecha de nacimiento de asegurado	

Privacidad de la información

Nombre y Telefono de persona que tiene autorizacion y acceso a mi registro medico

Nombre en Imprenta	Numero de Telefono	Relacion con el paciente
--------------------	--------------------	--------------------------

Atestiguar

Reconozco que se me ha entregado una copia de la Notificacion de Practicas de Privacidad para la Dra. Jessica Duggan, DMP PC y que he leído (o ha tenido la oportunidad de leer, si lo desea) y comprender el aviso.

Nombre en Imprenta	Firma	Relacion con el paciente	Fecha
--------------------	-------	--------------------------	-------

RAZON POR LA VISTA

Apellido/Primer Nombre _____

Razon por la visita: _____

Fecha que ocurrio: _____

Es usted Diabetico **SI/NO**

Medico que trata su diabetes: _____

Ultima fecha que fue tratado por su diabetes: _____

Usa zapatos Diabeticos **SI/NO**

Ultima vez que obtuvo zapatos: _____ Medida de zapato: _____

ALERGIAS

- Ninguno Adhesivo/cinta Anestesia Aspirina Codeina Demerol Niquel/metal
 Tinte de IV Yodo Latex Penicilina mariscos Sulfamidas
 Otro: _____

CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS PREVIAS DEL PIE

Unas encarnadas: Fecha de cirugia _____ Juanetes: Fecha de cirugia _____
Neuroma: Fecha de cirugia _____ Dedos de martillo: Fecha de cirugia _____
Amputacion: Fecha de cirugia _____ Ortopedicos: Fecha de cirugia _____
Cirugias previas: _____
Problemas con Anestesia Individuo / Familia: SI NO

HISTORIAL MEDICO

- Nada Cancer Problemas de espalda Problemas de circulacion Diabetes Fibromyalgia
 Dolor de pie Cirugia en los pies Ulceras de pie condicion cardiaca
 Tipo de Hepatitis: _____ Enfermedad Renal Pulmonar Trastornos de unas
 Neuropatia Historia de MRSA Osteoporosis incautacion Apnea de sueno
 Ulcera gastrica Apoplejia

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

Madre: Vive Nada Cancer Diabetes Condiciones del Corazon Alta presion
 Fallecida Problemas respiratorio Gota Otra: _____

Padre: Vive Nada Cancer Diabetes Condiciones del Corazon Alta presion
 Fallecida Problemas respiratorio Gota Otra: _____

Hermanos(a): Vive Nada Cancer Diabetes Condiciones del Corazon Alta presion
 Fallecida Problemas respiratorio Gota Otra: _____

Abuelos: Vive Nada Cancer Diabetes Condiciones del Corazon Alta presion
 Fallecida Problemas respiratorio Gota Otra: _____

Farmacia y Medicamentos que toma

Nombre de Farmacia _____

Ubicacion de Farmacia _____

Medicamentos: Nada

Nombre de Medicamento: _____

Dosis/ mg: _____

Nombre de Medicamento: _____

Dosis/ mg: _____

Nombre de Medicamento: _____

Dosis/ mg: _____

Nombre de Medicamento: _____

Dosis/ mg: _____

Nombre de Medicamento: _____

Dosis/ mg: _____

Nombre de Medicamento: _____

Dosis/ mg: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Localizacion de problema:

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pie derecho | <input type="checkbox"/> Pie Izquierdo | <input type="checkbox"/> La planta del pie | <input type="checkbox"/> Parte superior del pie | <input type="checkbox"/> En los espacios interdigitales |
| <input type="checkbox"/> En el interior del pie | <input type="checkbox"/> Tobillo | <input type="checkbox"/> Arco del pie | <input type="checkbox"/> Músculo de la pantorrilla | |
| <input type="checkbox"/> Pie | <input type="checkbox"/> Talon | <input type="checkbox"/> Pierna | <input type="checkbox"/> Dedos de los pies | |

Cuándo empeco: # _____ Días Semanas Meses Años

Con que Frecuencia: Por la AM Por la PM Constante De vez en Cuando Raro Recurrente

Escala de Dolor: (Círculo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor

Causado por: Caminar Descalzo Aumento de la actividad Lesión Corriendo Desconocido

Mejora con: Nada Compresión Elevación Hielo Calor Zapatos con medicamento Resto

Empeora con: Nada aumento de la actividad los zapatos para correr Presión Corta

REVISIÓN DE SISTEMAS - (cualquier problema actual)

CONSTITUCIONAL: Nada

-
- Escalofríos
-
- Fatiga
-
- Fiebre
-
- Sudores
-
- Debilidad
-
- El aumento de peso
-
- pérdida de peso

CABEZA: mareos

PSIQUIÁTRICO: Pérdida de la memoria Depresión

RESPIRATORIA: Nada

-
- Asma
-
- Bronquitis
-
- EPOC
-
- Tos
-
- Falta de aire
-
- Sibilancia
-
- Otro: _____

CARDIOVASCULAR: Nada

-
- Dolor en el pecho
-
- calambres en las piernas/pies extremidad (s)
-
- enfriar
-
- Pérdida de pelo en las piernas
-
-
- La presión arterial alta
-
- Historia de ataque al corazón
-
- úlceras en las piernas / pies
-
-
- problemas del corazón
-
- Palpitaciones
-
- Reemplazo de válvula del Corazon
-
- Las venas varicosas
-
-
- Los injertos vasculares
-
- Otros: _____

GASROINTESINALES: Nada

-
- estreñimiento
-
- Diarrea
-
- enfermedad hepatica
-
- Náuseas
-
- Sangrado rectal
-
-
- problema para tragar

alergias:

-
- Urticaria
-
-
- Las alergias estacionales

MUSCULOESQUELÉTICOS: Nada

-
- esguince de tobillo
-
- dolor del arco
-
- artritis
-
- problemas de espalda
-
- fractura de tobillo
-
- fractura de pie
-
-
-
- los juanetes
-
- callo
-
- problemas del pie infancia
-
- granos en la piel
-
- pies planos
-
- problemas a caminar
-
- gota
-
-
-
- martillo/mallet toes
-
- dolor en el talon
-
- pies de arco alto
-
- implantes de articulaciones
-
- dolor en las articulaciones
-
- rigidez en las articulaciones
-
- dolor de rodilla
-
- dolor de espalda baja
-
- calambres musculares
-
-
-
- movimiento restringido
-
- dolor del nervio
-
- uso de ortopedicos
-
- paralisis
-
- inserto de zapato
-
- debilidad
-
-
- Otro: _____

Piel: Nada

-
- pie de atleta
-
- sequedad
-
- eczema
-
- hongos en las unas
-
- la urticaria
-
- la unas encarnadas
-
- comezon
-
-
-
- cucatriz que loide
-
- la hinchazon
-
- cambios en lunares
-
- llagas abiertas
-
- erupcion
-
- ulceras
-
- las verrugas
-
-
- Other: _____

Neurological: Nada

-
- problemas de equilibrio
-
- ardor
-
- charot
-
- neuroma
-
- entumecimiento
-
- la apoplejia
-
- hormigueo
-
-
-
- temlores
-
- Otro:
-

Endocrino: Nada

-
- Diabetes
-
- sed excesiva
-
- fatiga
-
- bocio
-
- aumento del apetito
-
- aumento de la miccion
-
- sudores
-
- tiroides
-
-
-
- aumento de peso
-
- perdida de peso
-
- otro: _____

Hematologico/Linfatico: Nada

-
- Anemia
-
- Sangrado facil
-
- los coagulos de sangre
-
- moretones facil
-
- la quimioterapia reciente
-
-
-
- cortes curacion lenta
-
- glandulas inflamadas
-
- reaccion a la transfusion
-
- Otro: _____

Genitourinario: La sangre en la orina miccion excesiva infecciones dolor al orinar Otro:

Historia Social

Tabaco : Nada paquetes por día _____ número de años de fumar _____

Alcohol: Nada Dario Occasionalmente Que tipo de alcohol? _____

Nombre en Imprenta

Firma

Relacion con el paciente

Fecha



yuma foot care

JESSICA DUGGAN, DPM

Gracias por elegir nuestra oficina para ofrecerle atención médica. Estamos comprometidos a servirle con habilidad y cuidado de alta calidad. Los servicios médicos proporcionados por nuestra oficina son servicios que ha optado por recibir lo que puede implicar una responsabilidad financiera de su parte.

SEGURO: Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si usted está asegurado por un plan que no participamos con, se requiere el pago total después de cada visita. Si está asegurado por un plan con el que participamos, pero no tenemos una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocimiento sobre sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Por favor comuníquese con su compañía de seguro con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.

MEDICARE: Somos un proveedor participante de Medicare. Aceptamos las cantidades de beneficios de Medicare. Medicare será facturada, igual que el secundario (si hay alguno). Sin embargo, eso no quiere decir que todos los servicios estén cubiertos. Los pacientes son responsables de pagar su deducible anual si no se ha cumplido. Usted es responsable de los copagos, que son por lo general el 20% de la cantidad permitida por un artículo o servicio.

SEGURO SECUNDARIO: Su reclamación médica será enviada a su seguro secundario (si lo hay) después del pago y / o explicación de los beneficios se recibe de su compañía de seguros primaria.

COSTO A SU CARGO: El pago total se debe en el momento del servicio, si usted no tiene seguro de salud.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Tenga en cuenta que algunos de los servicios que reciba no pueden estar cubiertos o no se consideren razonable o necesario por Medicare o por otras entidades aseguradoras.

Los Rayos x no siempre son cubiertos _____ (iniciales)

REFERENCIAS/ AUTORIZACIONES: Estamos obligados a seguir las directrices de su plan de atención médica administrada cuando visita a un especialista como el nuestro, debe tener una referencia de su médico de cabecera antes de buscar atención especializada. Por lo tanto, usted es financieramente responsable de los servicios recibidos, a menos que su referencia se presenta en el momento de esta visita. Si usted no tiene una referencia de su médico de atención primaria en el momento de su visita, usted será financieramente responsable de todos los servicios recibidos, debido en su totalidad a la terminación de la visita. Crédito completo será dado si una remisión se presenta a nuestra oficina dentro de las 48 horas de esta visita. También se le dará la opción de cambiar su cita.

PRESENTACION DE RECLAMACION: Vamos a enviar las reclamaciones para ayudarle en todo lo que razonablemente podemos, para ayudar a conseguir pago a sus reclamaciones. Su compañía de seguros puede necesitar que se le suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad de cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no paga su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

PAGOS DE LOS PACIENTES: Todos los co-pagos, co-seguros, o deducible **DEBE SER PAGADO EN EL MOMENTO DE SERVICIO.** Esta disposición es parte de su contrato con su compañía de seguros. Puede ser considerado fraude de nuestra parte si no cobramos los pagos y deducibles de los pacientes. Por favor ayúdenos cumplir la ley con hacer su pago de su parte de beneficios de seguro en cada visita. Como cortesía, nuestra oficina verificará los beneficios con su compañía de seguros; Sin embargo, el contrato de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Se recomienda que verifique sus beneficios con su compañía de seguros también.

LLAMADAS DE TELEFONO DEL MEDICO: Llamadas de teléfono con nuestro médico (s) son un servicio facturable, pueden ser facturados a su compañía de seguros / empresas, y están sujetas a sus beneficios de seguro. Usted es responsable de su porción de los beneficios de seguro de las llamadas telefónicas médico.

NO PERSONALIZABLES EQUIPO MEDICO DURADERO: Si el paciente no está satisfecho con cualquier artículo de equipo médico duradero no personalizada, debe ser devuelto dentro de 30 días por las directrices de Medicare. No se puede permitir devoluciones después de 30 días. El artículo solamente será aceptado como un retorno si está en condiciones de ser devuelta.

COSTO DE COPIA: Vamos a proporcionar copias de los registros del paciente a petición del paciente. Las copias de los registros pueden estar sujetas a una tarifa de \$ 0.20 por copia por página. Va a asumir la responsabilidad financiera completa por los costos incurridos.

CITAS PERDIDAS/ CANCELAS: Si usted no puede mantener su cita, por favor llame a nuestra oficina al menos 24 horas antes de la hora de su cita. Puede haber una tarifa de \$ 25 por cualquier cita cancelada o reprogramado dentro de los 60 minutos de la cita programada. Además, puede haber una tarifa de \$ 25 por cualquier cita perdida. Si se olvida de 3 o más citas, es posible que tenga que pagar un depósito de \$ 50 para sostener cualquiera tiempo de citas futuras. Si llega tarde a una cita, es posible que tenga que cambiar su cita. Va a asumir la responsabilidad financiera completa por los costos incurridos.

COSTO DE COLLECCIONES: Se le mandará un máximo de tres avisos sobre su responsabilidad financiera (co-seguro, deducibles) después del pago y / o explicación de los beneficios (EOB) se recibe de su compañía de seguros / empresas. Después del tercer y último aviso, su cuenta será enviada a nuestra agencia de cobros. Si su cuenta es enviada a una agencia de colección, se añadirá una cuota de 35% en su cuenta. Usted asume la responsabilidad financiera completa por los costos incurridos.

Acuerdos de pagos se pueden hacer en una base de caso por caso. Aceptamos las siguientes formas de pago: efectivo, cheque o VISA / MasterCard / Discover / Amex. \$ 25.00 adicionales se añadirán a su cuenta si el cheque es devuelto por su banco. No se aceptan cheques iniciales. En el caso de que su compañía de seguros envía el pago a usted, el paciente, debe ser enviado a nuestra oficina para ser aplicado a su saldo.

He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera para Jessica Duggan DPM, P. C. por los servicios médicos proporcionados. Estoy de acuerdo en pagar Jessica Duggan DPM, P. C. cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros para mí o la persona nombrada a continuación.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: Cualquier información revelada en sus registros es confidencial y no será utilizada para ningún otro motivo, excepto en el cuidado y tratamiento de calidad, así como para enviar su reclamación a su compañía de seguros y en contacto con usted cuando sea necesario.

PACIENTE RECONOCIMIENTO DE AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD: Al firmar mi nombre abajo, reconozco que estaba facilitado una copia de la Notificación de prácticas de privacidad y que tengo (o e tenido la oportunidad de leerlo si elegía) y entiendo la Notificación y estoy de acuerdo con sus términos.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo, el firmante abajo, certifico que (o mi dependiente) tengo cobertura con mi seguro tal como se presenta y asignar directamente a Jessica Duggan DPM, P. C. todos los beneficios del seguro, pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy responsable del pago de los deducibles, co-pagos, co-seguros, servicios no cubiertos y otros honorarios en el momento del servicio. Por lo presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros, o el médico solicitado para proporcionar continuidad de la atención. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina del médico si se produce un cambio en mi información de seguro de salud y me proporcionaron una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y comprendo y acepta sus términos:

IMPRIMIR Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si el paciente es menor de 18 años, por favor complete lo siguiente para la PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:

IMPRIMIR Nombre del Paciente: _____ **Firma:** _____

Relación con el Paciente: _____ **Fecha:** _____