

Apellido de Paciente:		Primer Nombre:	Initial de Segundo Nombre:
		Fecha de Nacimiento:	Hombre/ M u j e r
Dirrecion:	Dirrecion 2		Ciudad:
Estado:	Codigo Postal:	Correro Electronico:	
# de Telefono Preferido: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo		# de Telefono Alternativa : ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo	
Condado:		Idioma Preferido:	
Empleador:	Ocupacion:	# de Trabajo:	
Nombre de Farmacia:		Telefono de Farmacia:	
Direccion de Farmacia:			
Nombre de Medico de Atencion Primaria:	Fech de Ultima Cita:		# de Medico de Atencion Primaria:
Nombre de Cónyuge / Nombre de Guardian o Padre si Paciente es Menor de Edad:			

Parte Responsable/Garante

Apellido		Primer Nombre
Fecha de Nacimiento:		Relacion a Paciente:
Dirrecion de Titular de Poliza:		
# de Telefono de Titular de Poliza:		Nombre de Empleador:
# de ID de Miembro:	# de Grupo:	Numero de Seguridad Social:

Informacion de Contacto de Emergencia

Persona a Notificar en caso de Emergencia:		Relacion a Paciente:
# de Casa:	# Celular:	# de Trabajo:
Referencia: ☐ Medico: _____ ☐ Paciente ☐ Paginas Amarillas ☐ Co. De Seguro ☐ Internet ☐ Libro ☐ Otro _____		

Entiendo que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. También entiendo que es mi responsabilidad informar a Marietta Podiatry Group de cualquier cambio en mi estado médico y datos demográficos. Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a Marietta Podiatry Group y a su personal a realizar cualquier servicio que los médicos tratantes consideren apropiado para hacer un diagnóstico completo. También autorizo a Marietta Podiatry Group y a su personal a realizar cualquier procedimiento, forma de tratamiento, medicación y terapia en relación con mi diagnóstico y plan de tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Para garantizar su privacidad, por favor responda las siguientes preguntas y notifique al personal de Recepción cada vez que esta información cambie.

1. ¿Tenemos permiso para dejar un mensaje en el(los) número(s) de teléfono que nos ha proporcionado?
SI ☐ or NO ☐
2. ¿Podemos hablar de su informacion medica con familiares y amigos?
SI ☐ or NO ☐
3. Si la respuesta a la pregunta 2 es sí, por favor indique los nombres de las personas con las que podemos hablar sobre su atención médica:

Nombre: _____ # de Telefono: _____

Relacion del Paciente con el contacto: ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo ☐ Amigo

Nombre: _____ # de Telefono: _____

Relacion del Paciente con el contacto: ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo ☐ Amigo

Nombre: _____ # de Telefono: _____

Relacion del Paciente con el contacto: ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo ☐ Amigo

Nombre: _____ # de Telefono: _____

4. Si alguien llama por usted o lo pregunta mientras está en nuestra oficina, ¿tenemos permiso para decirle a esa persona que usted está aquí? YES ☐ or NO ☐

Nombre de Paciente (Imprimida)

Fecha

Firma de Paciente

Política Financiera

Gracias por elegir a **Marietta Podiatry Group** como su proveedor de cuidado del tobillo y del pie. Estamos comprometidos a construir una relación exitosa entre médico y paciente con usted y su familia. Es importante para nuestra relación profesional que usted comprenda claramente nuestra política financiera. Por favor, entienda que el pago por los servicios es parte de esa relación. El pago será debido en el momento en que se presten los servicios. Para poder atenderle mejor, aceptamos efectivo, cheque y todas las tarjetas de crédito principales. En nuestro esfuerzo continuo por asegurarnos de que todas sus necesidades médicas sean cubiertas, nuestro personal está disponible para discutir nuestras tarifas, políticas y sus responsabilidades con usted. Pedimos que todas las partes responsables lean y firmen nuestra política financiera, así como que completen los formularios de información del paciente antes de su visita programada. Como parte responsable, por favor entienda y **coloque sus iniciales en lo siguiente:**

- _____ 1. El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En la mayoría de los casos, NO somos parte de este contrato. Facturaremos a su compañía de seguros primaria como un favor para usted. Para poder facturar correctamente a su compañía de seguros, requerimos que usted proporcione toda la información de seguro, incluyendo el seguro primario y secundario, así como cualquier cambio en la información del seguro. No proporcionar información completa del seguro puede resultar en que el paciente sea responsable de la totalidad de la factura. Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros la que determina de manera final su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros no tiene contrato con nosotros, usted acepta pagar cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro, incluyendo, pero no limitado a, aquellos cargos que excedan la tarifa usual y acostumbrada. Si estamos fuera de la red de su compañía de seguros y su seguro le paga directamente a usted, usted es responsable del pago y **acuerde transferirnos el pago de inmediato.**
- _____ 2. Algunos seguros de salud (HMO, POS, etc.) requieren que obtenga una derivación o autorización previa de su proveedor de atención primaria (PCP) antes de visitar a un especialista. Si su compañía de seguros requiere una derivación y/o autorización previa, usted es responsable de obtenerla. **No obtener la derivación y/o autorización previa puede resultar en un pago reducido o nulo por parte de la compañía de seguros,** y el saldo será su responsabilidad. En caso de no obtenerse, pueden ser necesarios arreglos de pago alternativos o reprogramación de su cita.
- _____ 3. Nuestra oficina verificará sus beneficios de seguro como cortesía. Sin embargo, **la verificación NO garantiza el pago.** Incluso si se nos informa que **un procedimiento, visita o producto está cubierto,** su compañía de seguros puede **posteriormente negar la reclamación o aplicarla a su deducible, coseguro o servicios no cubiertos.**
- _____ 4. Las tarifas por servicios, que incluyen saldos no pagados, deducibles, copagos, coseguros y productos de venta libre no cubiertos, se deben pagar en el momento del servicio a menos que se hayan realizado arreglos previos con un coordinador de facturación o el administrador de la práctica. No se aceptarán cheques posfechados bajo ninguna circunstancia. Usted entiende y acepta que, si no realiza los pagos de los cuales es responsable de manera oportuna, dicho incumplimiento resultará en la derivación a una agencia de cobranza. Usted será responsable de todos los costos de cobro del dinero adeudado, incluidos los honorarios de la agencia de cobranza.
- _____ 5. El cargo por un cheque devuelto es de **\$35.00**, pagadero en efectivo o con tarjeta de crédito. Esto se aplicará a su cuenta además del monto de fondos insuficientes. Se le puede exigir el pago únicamente en efectivo o con tarjeta de crédito después de cualquier cheque devuelto. Los cargos y saldos de cheques devueltos no pagados estarán sujetos a cobro.

- _____ 6. Entiendo que el pago por servicios, procedimientos y formularios de tratamiento es únicamente y en última instancia mi responsabilidad. Entiendo que el pago por los servicios se debe realizar en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. Por la presente autorizo y solicito que todos los pagos se hagan directamente a Marietta Podiatry Group.
- _____ 7. La cumplimentación de formularios (por ejemplo, discapacidad o licencia médica familiar) y las copias de los registros médicos no son reembolsables por las compañías de seguros. Por lo tanto, usted es responsable de la tarifa de \$10 a \$50 relacionada con la cumplimentación de estos documentos. El pago se debe efectuar cuando se presenten los formularios para su cumplimentación o cuando los formularios ya estén completos y se recojan en persona.

Esta política financiera ayuda a Marietta Podiatry Group a brindar atención de calidad a nuestros valiosos pacientes. Si tiene alguna pregunta o necesita aclaración sobre cualquiera de las políticas mencionadas, no dude en ponerse en contacto con nuestro departamento de facturación al 770-422-9856.

ENTIENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y SERÉ RESPONSABLE DEL PACIENTE INDICADO A CONTINUACIÓN

Print Name of Patient _____ Date _____

Firma de Paciente o Parte Responsable _____

Nombre y Relacion a Paciente si es distinto al Paciente: _____

Historial Medico

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Mi problema principal en el pie o el tobio hoy es: _____

Nombre de Medico de Atencion Primaria: _____ **# de Medico:** _____

Esta bajo el cuidado de este medico ahora? ☐ SI ☐ NO

Si es así, ¿cuándo fue la fecha de su último examen médico? _____

Nombre de Farmacia/Ubicación: _____ **# de Farmacia:** _____

Su Altura? _____ **Pies** _____ **Pulgadas** _____ **Tamaño de zapato?** _____ **Su Peso?** _____

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? (marque los que correspondan)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Anemia | ☐ Convulsione | ☐ Erupción Cutánea/Ronchas |
| ☐ Artritis | ☐ Problemas de Corazon | ☐ Ulcera cutanea |
| ☐ Asma | ☐ Hepatitis | ☐ Ulcera de estomago |
| ☐ Abnomalia Hemorragica | ☐ Enfermedad de Higado | ☐ Accidente Cerebrovascular |
| ☐ Cancer/Tumor | ☐ Presion Arterial Alta | ☐ Enfermedad de Tiroides |
| ☐ Problemas Circulatorias | ☐ VIH/SIDA | ☐ Tuberculosis |
| ☐ EPOC | ☐ Enfermedad de Riñón | ☐ Neuropatia |
| ☐ Epilepsias/ | ☐ MRSA | ☐ Otro |
| | ☐ Anemia Falciforme | |

Si marcó arriba que tiene presión arterial alta, ¿qué medicamento(s) está tomando?

¿Ha recibido una vacuna contra la influenza? ☐ SI Fecha: _____ ☐ No

¿Eres diabético? ☐ SI ☐ No

Si es diabético, ¿cuándo fue su último examen de la vista? _____

¿Quién realizó tu último examen de la vista? _____

Si es diabético, ¿cuál fue su último nivel de A1C? _____

¿Estás embarazada? ☐ SI _____ semanas ☐ No **¿Estás amamantando?** ☐ Si ☐ No

Fecha del último ciclo menstrual: _____

Por favor, enumere todas las cirugías importantes que ha tenido y la fecha en que se realizaron:

Fecha	Cirugías	Proveedor Medico
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a alguno de los siguientes?:

PENICILINA	☐ SI	☐ No	OTROS ANTIBIOTICOS	☐ SI	☐ No
ANESTESIA LOCAL	☐ SI	☐ No	ANESTESIA GENERAL	☐ SI	☐ No
CODEÍNA	☐ SI	☐ No	ASPIRINA	☐ SI	☐ No
FARNACOS SULFONAMIDA	☐ SI	☐ No	CINTA O CURITAS	☐ SI	☐ No
YODO	☐ SI	☐ No	LATEX	☐ SI	☐ No
SEDANTES	☐ SI	☐ No	MARISCOS	☐ SI	☐ No
OTRO	☐ SI	☐ No	OTRO	☐ SI	☐ No

Por favor, indique a continuación o adjunte una lista de cualquier medicamento o suplemento que esté tomando de manera regular:

Nombre de Medicamento	Para Cual Condicion Medica	Fecha de Inicio	Dosis	Reaccion/Efecto Secundario
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

HISTORIAL FAMILIAR

Por favor, indique el historial familiar (padres, abuelos, hermanos, hijos; vivos o fallecidos) para las siguientes condiciones:

ENFERMEDAD/ CONDICION	NO	SI	RELACION CONTIGO
Cancer	☐	☐	_____
EPOC/Enfermedad Pulmonar	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____
Enfermedad de Corazon	☐	☐	_____
Hipertension	☐	☐	_____
Acidente Cerebrovascular	☐	☐	_____
Otro (especificar)	☐	☐	_____

HISTORIAL SOCIAL

¿Fumas cigarrillos actualmente? ☐ SI ☐ NO (nunca ha fumado) ☐ NO (exfumador) Fecha de Abandono? _____

¿Usas alguno de estos productos de tabaco? ☐ Puros ☐ Pipas para fumar ☐ Masticar tabaco ☐ Vapear
☐ Nicotina

Uso de Bebidas Alcohólicas: ☐ Nunca ☐ 2-3 veces por mes ☐ 2-3 veces por semana ☐ 2-3 veces por día

¿Usas drogas recreativas? ☐ SI ☐ NO Si es así, ¿qué tipo: _____

FORMULARIO DE

REVISION DE

SISTEMAS

POR FAVOR, MARQUE LA CASILLA SI ALGUNO APLICA; O FIRMAR EN CUALQUIER PARTE DE LA PÁGINA SI NO HAY NADA

Constitucional: ☐ fiebre ☐ aumento de peso ☐ pérdida de peso ☐ cambio de apetito
☐ sudores nocturnos ☐ fatiga ☐ escalofríos ☐ N/A

Ojos: ☐ visión borrosa/doble ☐ pérdida de visión lagrimeo ☐ enrojecimiento
☐ sensibilidad al dolor a la luz ☐ glaucoma ☐ N/A ☐ glaucoma ☐ N/A

Oídos, Nariz, Boca, Garganta: ☐ pérdida de audición ☐ zumbido de los oídos ☐ dolor de oídos
☐ congestión nasal ☐ drenaje nasal ☐ nosebleeds ☐ mouth/throat irritation
☐ tooth problem ☐ hemorragias nasales ☐ irritación en la boca/garganta
☐ problemas dentales ☐ N/A

Cardiovascular: ☐ dolor/presión de pecho ☐ corazón acelerado ☐ palpitaciones ☐ sudor
☐ hinchazón de la pierna ☐ presión arterial alta/baja ☐ N/A

Pulmonar: ☐ tos con flema amarilla/verde ☐ sangre en el esputo ☐ dificultad para respirar ☐ sibilancia

Gastrointestinal: ☐ náusea ☐ vomito ☐ diarrea ☐ estreñimiento ☐ dolor ☐ sangre en taburete/vomito
☐ acidez ☐ dificultad a tragar ☐ N/A

Genitourinario: ☐ incontinencia ☐ sangrando abnormal ☐ descarga abnormal ☐ frecuencia urinaria
☐ hesitancia urinaria ☐ dolor ☐ impotencia ☐ problemas sexuales ☐ infección
☐ retención urinaria ☐ N/A

Musculoesquelética: ☐ dolor ☐ rigidez articular ☐ enrojecimiento/calor ☐ artritis ☐ dolor de espalda
☐ weakness ☐ muscle ☐ wasting sprain/fracture ☐ N/A ☐ Musculo
☐ esguince/fractura degenerativa ☐ N/A

Neuro: ☐ dolor de cabeza ☐ debilidad ☐ mareo ☐ cambio de voz ☐ cambio en sabor
☐ cambio en visión ☐ cambio en audición ☐ pérdida/cambio de sensacin
☐ dificultad a caminar ☐ balance problem ☐ coordination ☐ problem shaking
☐ speech problem ☐ problemas de quilibiro ☐ coordinación ☐ problema de temblor
☐ problema a hablar ☐ N/A

Endocrina: ☐ intolerancia al frío/calor ☐ problema de glucosa de sangre ☐ pérdida/aumento de peso
☐ pérdidas periodos ☐ sofocos/sudores ☐ cambio en vello corporal ☐ cambio en la libido
☐ aumento de sed ☐ aumento de la micción ☐ N/A

Heme/Linfático: ☐ hinchazón ☐ problema de sangrado ☐ anemia ☐ moretón
☐ ganglio linfático agrandado ☐ N/A

Alérgico/Inmunológico: ☐ picazón ☐ goteo posnasal ☐ ojos llorosos/picazón ☐ secreción nasal
☐ inmunodeprimido ☐ N/A

**RECONOCIMIENTO DE RECEPCION DEL AVISO DE PRIVACIDAD
PRACTICAS**

RESUMEN DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Usos y Divulgaciones de la Información de Salud. Usaremos y revelaremos su información de salud con el fin de tratarlo o para ayudar a otros proveedores de atención médica a tratarlo. También usaremos y revelaremos su información de salud para obtener el pago de nuestros servicios o para permitir que las compañías de seguros procesen reclamos de seguros por los servicios prestados a usted por nosotros u otros proveedores de atención médica. Finalmente, podemos divulgar su información de salud para ciertas actividades operativas limitadas, como evaluación de calidad, licencias, acreditación y formación de estudiantes.

Usos y Divulgaciones Basados en Su Autorización. Salvo lo indicado con más detalle en el Aviso de Prácticas de Privacidad, no usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito.

Usos y Divulgaciones Que No Requieren Su Autorización

- En las siguientes circunstancias, podemos divulgar su información de salud sin su autorización por escrito:
 - A miembros de la familia o amigos cercanos que estén involucrados en su atención médica.
 - Para ciertos fines limitados de investigación.
 - Para fines de salud pública y seguridad.
 - A agencias gubernamentales para fines de sus auditorías, investigaciones y otras actividades de supervisión.
 - A autoridades gubernamentales para prevenir el abuso infantil o la violencia doméstica.
 - A la FDA para reportar defectos o incidentes de productos.
 - A autoridades policiales para proteger la seguridad pública o para ayudar en la captura de delincuentes.
 - Cuando lo exijan órdenes judiciales, órdenes de registro, citaciones y según lo requiera la ley.

Derechos del Paciente. Como nuestro paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- Tener acceso a su información de salud y/o recibir una copia de la misma.
- Recibir un resumen de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud.
- Solicitar restricciones sobre cómo se utiliza o divulga su información de salud.
- Solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial.
- Solicitar que modifiquemos su información de salud.
- Recibir notificación de nuestras prácticas de privacidad.

Si tiene alguna pregunta, inquietud, o queja sobre nuestras quejas de privacidad, comuníquese con el administrador de la clínica al 770-422-9856.

Reconozco el Aviso de Prácticas de Privacidad y que lo he leído (o tuve la oportunidad de leerlo si así lo decidí) y comprendido el Aviso.

Nombre de Paciente (Imprimir): _____ Fecha: _____

Firma

Si un paciente no es capaz de reconocer el aviso debido a la edad o a una condición médica, por favor complete lo siguiente:

- ☐ El paciente es menor de edad _____ (años de edad)
- ☐ Paciente no puede reconocer debido a _____ condición médica.

Fecha

Firma

Relacion

Formulario de Autorización de Pago

Estamos comprometidos a satisfacer sus necesidades de atención médica y a mantener su seguro y otros arreglos financieros lo más simples posible. Para lograr esto de manera rentable para todos los pacientes, le pedimos que cumpla con la política financiera de nuestra práctica. Al firmar a continuación, usted acepta sus términos.

1. Soy el responsable final del pago de los cargos por los servicios que recibo de esta práctica, incluidos aquellos cubiertos por mi seguro. Como conveniencia, esta práctica enviará reclamaciones de reembolso a mi proveedor de seguros; sin embargo, toda la responsabilidad de pago recae en última instancia en mí.
2. Se puede esperar un pago inmediato en el momento del servicio. Esto puede incluir un copago y un pago adicional si esta práctica determina que el costo de mi visita de hoy no será reembolsado por mi proveedor de seguro. Esto ocurre a menudo si aún no se ha cumplido mi deducible.
3. Esta práctica puede negar el servicio o cobrar una tarifa por el servicio si no se paga el copago en el momento de la atención.
4. Es mi responsabilidad proporcionar mi dirección actual, número de teléfono, dirección de correo electrónico e información de seguro en cada visita.
5. Acepto proporcionar a la práctica mencionada y/o a su agente de pagos designado la información de mi tarjeta de débito/crédito o de ACH.
6. Entiendo que mi firma y la información de pago se conservarán digitalmente en el archivo para su uso futuro por parte de la clínica. La información de la tarjeta de pago aplicable o de ACH será truncada y "tokenizada" por el agente de pago para ayudar a mantener la seguridad de mi información de pago. La información de la tarjeta o ACH se obtendrá mediante el deslizamiento de la tarjeta, la entrada manual de la tarjeta, un cheque nulo, o verbalmente en persona o por teléfono.
7. Si es necesario, esta práctica puede ofrecer la opción de pagar mi parte de los costos mediante un plan de pago automático. Entiendo que puedo incurrir en algunos gastos por intereses además de mi saldo a cambio de esta conveniencia. Puedo evitar cargos por intereses pagando mi factura de inmediato si se requiere o antes de su fecha de vencimiento.
8. Autorizo a la práctica mencionada y/o a su agente de cobro designado a aplicar cargos a mi tarjeta de pago y/o cuenta ACH por todos los montos adeudados a la práctica por visitas médicas, procedimientos o suministros, incluyendo (I) montos acordados como parte de un plan de pago, (II) copagos, (III) coseguros (después de la aplicación de los ingresos del seguro), (IV) montos no cubiertos por el seguro y/o (V) tarifas (si aplica) cobradas por la práctica por no asistir a una cita programada o no proporcionar aviso oportuno de la cancelación de una cita.
9. En el caso de un saldo de paciente que no se satisfaga mediante un cargo a mi método de pago o un plan de pagos, puedo recibir un estado de cuenta mensual por cualquier saldo pendiente. Soy responsable de pagar este saldo en su fecha de vencimiento para evitar el pago de posibles intereses sobre el saldo.
10. Los recibos de las transacciones se conservarán en el expediente del paciente o se me enviarán por correo electrónico si proporciono y mantengo una dirección de correo electrónico válida.
11. Autorizo a la práctica mencionada y/o a su proveedor designado a enviar estados de cuenta e facturas electrónicas a mi dirección de correo electrónico registrada. Entiendo que es mi responsabilidad mantener una dirección de correo electrónico actualizada en el archivo y que no recibiré una copia impresa de ningún estado de cuenta electrónico.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que proporcione un aviso por escrito de cancelación a la clínica. La autorización para los servicios ya prestados no puede ser cancelada ni reembolsada. Acepto notificar por escrito a la clínica sobre cualquier cambio en mi información de pago u otra información.

Nombre tal como Aparece en Tarjeta/Cheque	Correo Electronico		# de Telefono
Dirección de Facturación	Ciudad	Estado	Codigo Postal

FIRMA AUTORIZADA: _____

FECHA: _____