



# FISHMAN FOOTCARE

## INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

### POR FAVOR, IMPRIMA

FECHA: \_\_\_\_\_ SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: M / F

TELÉFONO DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE? SÍ / NO

TELÉFONO CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE? SÍ / NO

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_ ORIGEN ÉTNICO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ IDIOMA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

¿PODEMOS DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A SUS CONTACTOS DE EMERGENCIA? SÍ / NO

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

FARMACIA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA?: \_\_\_\_\_

¿QUÉ PROBLEMA ESPECÍFICO LE TRAE A NUESTRA OFICINA? \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES SU NIVEL DE DOLOR ACTUAL EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10, SIENDO 10 EL MÁS ALTO?  
\_\_\_\_\_

¿ESTE PROBLEMA FUE CAUSADO POR UNA LESIÓN? \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO, ¿FUE UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL VEHÍCULO MOTORIZADO O EL TRABAJO? \_\_\_\_\_

Por la presente reconozco que el Dr. Michael Fishman, D.P.M. NO acepta casos de Compensación Laboral/Lesiones Personales. Al firmar a continuación, reconozco que mis servicios NO están relacionados con la compensación laboral / lesiones personales y NO presentaré un reclamo después de que se presten mis servicios.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** (INDIQUE EL NOMBRE Y LA DOSIS)

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

**TODAS LAS ALEGRÍAS CONOCIDAS:**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

**HISTORIAL MÉDICO:** (Por favor, verifique las condiciones previas o actuales)

- |  |                                      |   |  |  |
|--|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="radio"/> Ninguno            | <input type="radio"/> Anemia         | <input type="radio"/> Artritis            | <input type="radio"/> Asma             | <input type="radio"/> Problemas de espalda |
| <input type="radio"/> Coágulos de sangre | <input type="radio"/> Cáncer de mama | <input type="radio"/> Diabetes tipo I     | <input type="radio"/> Diabetes Tipo II | <input type="radio"/> Eccema               |
| <input type="radio"/> Fibromialgia       | <input type="radio"/> Gota           | <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca | <input type="radio"/> Hepatitis B      | <input type="radio"/> Hepatitis C          |
| <input type="radio"/> VIH+ / SIDA        | <input type="radio"/> Hipertensión   | <input type="radio"/> Nefropatía          | <input type="radio"/> Leucemia         | <input type="radio"/> Enfermedad hepática  |
| <input type="radio"/> Neuropatía         | <input type="radio"/> Psoriasis      | <input type="radio"/> Cáncer de piel      | <input type="radio"/> Golpe            | <input type="radio"/> Úlceras/Heridas      |
| • Otro: _____                            |                                      |   |  |  |

**HISTORIA SOCIAL:**

¿Usted fuma? SÍ | NO | ANTIGUO USUARIO

¿Bebes alcohol? SÍ | NO | ANTIGUO USUARIO

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? DIARIO | SOCIALES | LUZ

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** (marque todo lo que corresponda)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Artritis         | <input type="radio"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="radio"/> Tipo de cáncer: _____ |
| <input type="radio"/> Diabetes Tipo II | <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca     | <input type="radio"/> Hipertensión          |
| • Otro: _____                          |   |   |

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SISTEMAS:**

- |                           |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|
| <i>GENERAL</i>            | <input type="checkbox"/> Fatiga                      | <input type="checkbox"/> Aumento/pérdida de peso         | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos      |
| <i>CORAZÓN</i>            | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar    | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho               | <input type="checkbox"/> Palpitaciones           |
| <i>PULMONES</i>           | <input type="checkbox"/> Tos persistente             | <input type="checkbox"/> Sibilancia                      | <input type="checkbox"/> Tos con sangre          |
| <i>GI</i>                 | <input type="checkbox"/> Acidez                      | <input type="checkbox"/> Náuseas                         | <input type="checkbox"/> Estreñimiento / Diarrea |
| <i>URINARIO</i>           | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina          | <input type="checkbox"/> Incontinencia                   | <input type="checkbox"/> Disfunción sexual       |
| <i>PIEL</i>               | <input type="checkbox"/> Lesiones cutáneas           | <input type="checkbox"/> Psoriasis                       | <input type="checkbox"/> Sarpullido              |
| <i>NEUROLÓGICO</i>        | <input type="checkbox"/> Mareos                      | <input type="checkbox"/> Temblor                         | <input type="checkbox"/> Incautación             |
| <i>MUSCULOESQUELÉTICO</i> | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Dolor muscular          |
| <i>PSIQUIÁTRICO</i>       | <input type="checkbox"/> Depresión                   | <input type="checkbox"/> Ansiedad                        | <input type="checkbox"/> Humor                   |
| <i>HEMATOLÓGICO</i>       | <input type="checkbox"/> Fácil de magullar           | <input type="checkbox"/> Sangrado fácil                  |  |

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### **POLÍTICA FINANCIERA**

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

**COPAGOS, COSEGUROS, DEDUCIBLES:** Todos los copagos, coseguros y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su seguro.

**CUENTAS DE PAGO POR CUENTA PROPIA:** Si no tiene seguro médico, el pago del monto total debe realizarse en el momento del servicio, a menos que se hagan arreglos antes de la visita.

**SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Tenga en cuenta que algunos de los servicios que recibe pueden no estar cubiertos por su plan de seguro o no ser considerados médicamente necesarios por su plan de seguro. Si su servicio no está cubierto, usted es responsable del pago de estos servicios.

**CIRUGÍA HOSPITALARIA:** Intentaremos preautorizar todas las cirugías con su compañía de seguros antes de programar cualquier cirugía. Tenga en cuenta que, además de los cargos médicos y hospitalarios, es probable que haya facturas adicionales por anestesiólogos, cirujanos asistentes y pruebas de laboratorio/radiología. El Dr. Michael Fishman, D.P.M. NO está asociado con estas entidades y no tiene control sobre sus honorarios. Tampoco sabemos si estarán dentro o fuera de la red de su seguro.

**PRESENTACIÓN DE RECLAMOS:** Presentaremos reclamos médicos en su nombre y haremos todos los esfuerzos razonables para que se paguen sus reclamos. Sin embargo, su proveedor de seguros puede solicitarle información directamente. Es su responsabilidad proporcionar la información solicitada. Si su proveedor de seguros rechaza el reclamo, dependiendo de su plan, usted puede ser financieramente responsable.

**FACTURACIÓN DEL PACIENTE:** Ocasionalmente, después de recibir el pago y/o la explicación de beneficios (EOB) de su(s) compañía(s) de seguros, hay un coseguro o deducible del que no estábamos al tanto en el momento del servicio. Le notificaremos por correo utilizando una declaración del paciente. Haremos tres (3) intentos. Después del tercer y último estado de cuenta, su cuenta puede ser reenviada a cobranzas. Comuníquese con nuestro proveedor de servicios de facturación, **Majestic Medical Billing al (888) 442-4490 ext. 104**, si tiene dificultades financieras. Es posible que haya arreglos de pago disponibles. Aceptamos los siguientes métodos de pago: efectivo, VISA, MasterCard, Discover y American Express.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura con mi seguro tal como se presenta y asigno directamente al Dr. Michael Fishman, D.P.M. todos los beneficios del seguro, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable del pago de deducibles, copagos, coseguros y/o servicios no cubiertos. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo la **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA** a mi compañía de seguros o al médico solicitado para proporcionar continuidad de la atención. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

**AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS:** Solicito que el pago de los beneficios de seguros autorizados se realice a mí o en mi nombre a Dr. Fishman DPM Inc por cualquier servicio prestado. Autorizo a los representantes y proveedores de servicios de facturación de Michael Fishman DPM Inc a divulgar mi información médica requerida para determinar los beneficios pagaderos relacionados con los servicios de atención médica prestados y el reembolso de reclamos médicos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### **NO SHOW Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

En Michael Fishman DPM Inc., nuestro objetivo es brindar atención de calidad a nuestros pacientes. Nuestro horario de citas permite que cada paciente tenga una cantidad suficiente de tiempo para ser visto por el Dr. Michael Fishman. Hemos implementado una política de cancelación y "no presentación" para garantizar que todos nuestros pacientes tengan la oportunidad de ser atendidos de manera oportuna.

Como cortesía, comuníquese con nuestra oficina de inmediato si no puede asistir a una cita. Este tiempo nos permitirá reasignar citas a otros pacientes.

Le llamaremos para confirmar su cita un (1) día hábil antes de su cita programada.

#### **Cuidados generales**

Los pacientes que no se presenten a su cita programada y/o no notifiquen a la oficina dentro de los 2 días hábiles de la hora programada de su cita estarán sujetos a una tarifa de "No Show/Cancelación" de \$100.00. En el caso de una emergencia real y no se pueda dar aviso previo, se considerará y se puede otorgar una excepción por única vez.

#### **Procedimientos de oficina y fundiciones**

Los pacientes que no se presenten a su cita programada para el procedimiento en el consultorio o el yeso o que no hayan notificado al consultorio dentro de los 2 días hábiles de la hora programada de su cita estarán sujetos a una tarifa de "No Show/Cancelación" de \$250.00. Si alguna cita es cancelada por el médico o el consultorio por necesidad médica, entonces el paciente no está sujeto a este cargo. Las denegaciones de autorización de seguro también son una exención de las tarifas.

Estos cargos por "No Show/Cancelación" no están cubiertos por el seguro y, por lo tanto, son responsabilidad exclusiva del paciente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

**CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:** Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información médica sin su autorización específica por escrito.

- **PARA TRATAMIENTO.** Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos.
- **PARA EL PAGO.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en Michael Fishman D.P.M. puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado a usted, a una compañía de seguros o plan de salud u otro tercero.
- **PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.** Podemos usar y divulgar su información médica para las operaciones de Michael P. Fishman D.P.M.
- **CITAS.** Podemos usar su información para proporcionar recordatorios de citas. Las situaciones especiales que no requieren su autorización por escrito incluyen: (1) Donación de órganos y tejidos, (2) Beneficios de salud para militares y veteranos, (3) Compensación laboral, (4) Riesgos para la salud pública, (5) Actividades de supervisión de la salud (6) Demandas y disputas (7) Aplicación de la ley (8) Médicos forenses, médicos forenses y directores de funerarias (9) Reclusos de actividades de seguridad nacional, inteligencia y servicios de protección federales.

**AUTORIZACIONES PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por los usos y divulgaciones mencionados anteriormente se realizarán solo con su autorización por escrito. Si nos da una autorización, puede revocar ese permiso por escrito, en cualquier momento.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA:** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted.

- **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención.
- **DERECHO DE ENMIENDA.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos.
- **DERECHO A UNA CONTABILIDAD DE LAS DIVULGACIONES.** Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgación".
- **DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento.
- **DERECHO A COMUNICACIONES CONFIDENCIALES.** Usted tiene derecho a solicitar la comunicación de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.
- **DERECHO A COPIAS IMPRESAS DE LAS NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS.** Usted tiene derecho, cuando haya aceptado recibir notificaciones electrónicas, a obtener una copia impresa de la notificación si así lo solicita.

**NUESTROS DEBERES LEGALES:** Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida y a proporcionar a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer que las nuevas disposiciones del aviso entren en vigor para toda la información médica protegida que mantenemos.

**QUEJAS:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante (Medical Group) o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos

**AVISO DE PRIVACIDAD COMPLETO:** Un aviso más detallado y completo sobre nuestras prácticas de privacidad está disponible a pedido de la persona indicada anteriormente.

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

FECHA