



PACIFIC POINT PODIATRY

Tea Nguyen, DPM

P (831) 288-3400 F (831) 319-4637

Send Referrals to F (877) 345-6920

243 Green Valley Rd Ste A, Freedom, CA 95019
831feet.com

INFORMACIÓN DE PACIENTE

(1) Médico de cabecera _____ (2) ¿Quién lo refirió? _____

(3) Nombre, Apellido _____

(4) Sexo: Masculino/Femenina (5) Fecha de nacimiento _____

(6) Estado civil: Soltero/Casado/Divorciado/Viudo

(8) Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(9) Número de teléfono (casa) _____ (10) Número de teléfono (**celular**) _____

(11) Correo electrónico _____

Usamos esta información para enviarle actualizaciones importantes sobre la oficina y ofrecer promociones.

(12) Ocupación: _____ (13) Empleador _____

Si el paciente es menor de (18 años), favor de completar por los padres o guardianes

Nombre de padre /Guardián _____ Relación al paciente _____

Número de teléfono (casa) _____ Número de Teléfono (**celular**) _____

EN CASO DE EMERGENCIA

(14) Nombre de un pariente o amigo local _____ (15) Relación al paciente _____

(16) Número de telefono (casa) _____ (17) Número de Teléfono (**celular**) _____



PACIFIC POINT PODIATRY

Tea Nguyen, DPM

P (831) 288-3400 F (831) 319-4637

Send Referrals to F (877) 345-6920

243 Green Valley Rd Ste A, Freedom, CA 95019
831feet.com

HISTORIA MÉDICA (Circule si tiene o ha tenido)

SIDA/VIH	Problemas de circulación	Ulceras estomacales
Artritis	Diabetes Tipo I (Autoinmune)	Problema de riñón
Anemia	Diabetes Tipo II (Inicio en Adulto)	Enfermedad de hígado
Válvula cardiaca artificial	Epilepsia/Desmayos/Convulsiones	Neuropatía
Enfermedades cardiacas	Problema con los ojos	Cuidado Psiquiatrico
Asma o dificultad respiratoria	Gota	Embolio
Problemas de espalda	Dolores de cabeza/Migraña	Tuberculosis
Sangrado, desorden de coagulo	Hepatitis A/B/C	Otro:
Cancer	Presión alta o baja	
Dolor de pecho	Enfermedades sexuales	

HOSPITALIZACIÓN/ HISTORIA DE CIRUGÍAS:

HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA (familia Inmediata):

FARMACIA PREFERIDA Nombre/calle/ ciudad

ALERGIAS (Circule): Codeína Contraste de tinte Latex Penicilina Sulfa Mariscos

Otro: _____

MEDICAMENTOS/USOS DE SUSTANCIA

Uso de tabaco o nicotina, # de años _____ Uso de drogas recreativas _____

Si ya no fuma, fecha que dejó de fumar _____ Uso de alcohol (# bebidas/semana) _____

Lista de medicamentos, suplementos herbales o (si trajo una lista, favor de dar una copia) con la dosis y frecuencia.

HAY ALGO MÁS QUE LE GUSTARÍA QUE EL MÉDICO SUPIERA?



PACIFIC POINT PODIATRY

Tea Nguyen, DPM

P (831) 288-3400 F (831) 319-4637

Send Referrals to F (877) 345-6920

243 Green Valley Rd Ste A, Freedom, CA 95019
831feet.com

POLÍTICAS Y TARIFAS DE LA OFICIANA

Gracias por elegir a Pacific Point Podiatry para el cuidado de su pie, tobillo y herida. Tenemos en cuenta que hay muchas opciones y estamos satisfechos de que nos haya elegido. Nuestro personal se esfuerza para que su experiencia sea lo más agradable posible. Para mantener un alto nivel de cuidado tenemos que implementar la siguientes políticas, lo que nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica.

Horas de Oficina Para citas, resurtidos de recetas y resultados de pruebas, favor de llamar a nuestra oficina durante horario normal de oficina. Los resultados de pruebas anormales solo serán discutidas en persona. Los resurtidos de recetas pueden tomar 1-2 días, a si que asegúrese de planificar con anticipación. No se recetaran antibioticos ni narcoticos por teléfono. No recetamos narcoticos de manera rutinaria; en su lugar, es posible que necesite ver a un especialista en dolor.

Cuidado de Emergencia Ofrecemos tratamiento a pacientes sin cita por orden de llegada si nuestro horario lo permite. Si no podemos atenderlo, debe ir al centro de atención de urgencias o a la sala de emergencias más cercano para trartar verdaderas emergencias. Los resurtidos de medicamento para el dolor no se consideran emergencias reales, asi que planifique con tiempo y haga arreglos con su médico de atención primaria o especialista en dolor que pueda atender mejor sus necesidades.

Citas Ocasionalmente, econtramos emergencias en la oficina o pacientes que requieren más tiempo. Esperamos que comprenda y acepte estas raras instancias que pueden retrasar su cita. Le animamos a que reprogame su cita para que usted pueda tener el tiempo y la atención que se merece.

Cancelación/No se Presentó a su Cita Comprendemos que las cancelaciones pueden suceder ocasionalmente. Para ser respetuoso con otros pacientes que requieren atención médica, llame para cancelar o reprogramar con prontitud. Debido a la planificación relacionada con su cita, se le cobrará una tarifa administrativa de **\$50 por no cancelar con 24 horas de anticipación** o si no se presenta a su cita. Su seguro no pagará por esto. Las ausencias repetidas pueden resultar en que su cuidado sea transferido a otra oficina médica.

Otra información Fomentamos un ambiente respetuoso y profesional para todos los pacientes. Nos reservamos el derecho de rechazar atención médica a los pacientes que sean groceros o amenacen a cualquier miembro del personal de Pacific Point Podiatry.

SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Si Tiene Suego de Salud

- Costo/pago no se puede garantizar ya que las actividades de seguro simepre cambian. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra relación es con usted el paciente y no con la compañía de seguros. Por lo tanto, si tiene preguntas sobre su póliza, contacte a su compañía de seguros.
- Usted sera responsable de comprender su cobertura, incluyendo los copagos, deducibles y servicios no cubiertos. Verifique con su seguro que nuestra oficina sea cubierta por su seguro medico. Cargos adicionales pueden ser aplicados por su seguro si nuestra oficina no esta cubierta por su seguro médico.
- Informenos de cualquier cambio en la cobertura, incluyendo su dirección o número de teléfono. Información obsoleta que resulte en la negación de reclamos puede estar sujeta a una tarifa administrativa de \$25.
- Algunos seguros requieren una referencia de su médico de atención primaria para que podamos recibir el máximo beneficio de su seguro.
- Si sus gastos anuales de bolsillo no se han cumplido, **se le pedirá el 60% al momento de la visita**. Esto se aplicará a su cuenta y se enviará una declaración que refleje los fondos adicionales adeudados y una respuesta de su proveedor. Si su compañía de seguros ha declarado que no se puede cobrar un depósito deducible en el momento de los servicios,



PACIFIC POINT PODIATRY

Tea Nguyen, DPM

P (831) 288-3400 F (831) 319-4637

Send Referrals to F (877) 345-6920

243 Green Valley Rd Ste A, Freedom, CA 95019

831feet.com

se requerirá una tarjeta de crédito valida y se almacenará de forma segura. En una respuesta de reclamo, se le cobrara a su tarjeta de crédito y se le proporcionará una declaración detallada junto con un recibo pagado.

Si Usted No Tiene Seguro Médico El pago se vence en el momento del servicio. Un cronograma de tarifas en efectivo esta disponible.

Pago/Colección/Tarifa Aceptamos pagos en efectivo, cheque, Visa o MasterCard. Haremos todos los intentos razonables para cobrar los saldos pendientes, incluyendo arreglos de pago convenientes para mejorar nuestras eficiencias, los siguientes cargos administrativos se agregarán a su saldo y no serán cubierto por su seguro:

- Como cortesía, le facturaremos a su seguro por los servicios. En caso de que se rechace cualquier cobro el saldo total se deberá de inmediato. Los saldos no recibidos dentro de los 30 días tendrán un cargo de **\$15** si no se paga. Si no se paga durante más de 90 días, se enviará a una agencia de colección y se cobrará **\$35** adicionales.
- Cheques devueltos: **\$20**
- Cancelación de cirugía dentro de los 10 días de la fecha programada: **\$200**

Formularios/Cartas Formularios diversos relacionados con su atención médica requiere tiempo por lo que se debe esperar de 7-10 días para completar. Esto incluye formas de discapacidad a cierto plazo para nuestros pacientes quirurgicos. Los problemas a largo plazo deben abordarse con su médico primario. Formularios de discapacidad u otra documentación solicitada: **\$15** cada una.

Registros Médicos Según las pautas de HIPAA, las copias de sus registros médicos deben solicitarse por escrito utilizando nuestro formulario de liberación de Registros Médicos. El primer conjunto de copias es gratis, copias adicionales tendrán una tarifa de un mínimo de \$10.

Lanzamiento de Seguro La totalidad de la información es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico y que utilicen mi firma en todas las presentaciones requeridas para procesar reclamos.

Por Favor ponga su inicial

_____ He leído lo anterior y acepto cumplir con las políticas de la oficina y consentimiento para el tratamiento. Acepto pagar todos los cargos financieros, todas las tarifas en colección (gastos de cobro de terceros incluidos) tarifas de abogado y cualquier otro costo que pueda ser acumulado y pagar cualquier cantidad pendiente en mi cuenta.

_____ He leído el formulario HIPAA y reconozco que puedo solicitar una copia de este formulario.

Firma

Fecha

Escriba su nombre en letra de molde

Gracias por su comprensión y cooperación. Estamos encantados de servirle.



PACIFIC POINT PODIATRY

Tea Nguyen, DPM

P (831) 288-3400 F (831) 319-4637

Send Referrals to F (877) 345-6920

243 Green Valley Rd Ste A, Freedom, CA 95019
831feet.com

PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Información que se liberara (marque uno)

- Registro completo O
- Registros restringidos (especifique la información esté solicitando)

Quien en su familia/amigo podemos discutir de su atención médica?

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Con qué médico(s) podemos compartir sus registros médicos?

Nombre _____

Dirección _____

Fax _____

Número de teléfono _____

Firma

Fecha

Escriba nombre completo



PACIFIC POINT PODIATRY

Tea Nguyen, DPM

P (831) 288-3400 F (831) 319-4637

Send Referrals to F (877) 345-6920

243 Green Valley Rd Ste A, Freedom, CA 95019
831feet.com

CONSENTIMIENTO PARA FOTOS

Doy mi consentimiento para tener fotografías, imágenes grabadas u otras imágenes hechas de mí mismo. Entiendo y estoy de acuerdo en que estas imágenes pueden ser utilizadas por **Pacific Point Podiatry** o persona autorizada para el propósito delineado aquí: Los propósitos de la enseñanza incluyen; mostrarse a otros pacientes, anuncios, colocación en sitios web, redes sociales, publicación científica y/ o investigación. Proporcionó derechos limitados a todo el material producido.

Favor de elegir uno:

_____ Inicial aquí **para dar** consentimiento

_____ Inicial aquí **para no dar** el consentimiento

Firma

Fecha

Escriba nombre completo