



PACIFIC POINT PODIATRY
DR. TEA NGUYEN, DPM

P 831-288-3400 | F 831-288-3405 | 243 GREEN VALLEY RD #A, FREEDOM, CA 95019 | 831FEET.COM

NEW PATIENT REGISTRATION
INFORMACIÓN DE PACIENTE

Your Primary Doctor/Médico de cabecera _____

Referred by/¿Quién lo refirió? _____ / Google

Name (First, Last)/Nombre, Apellido _____

Birthdate/Fecha de nacimiento _____ SS # _____

Sex/Sexo: **Male**, Masculino / **Female**, Femenina / **Other**

Marital status/Estado civil: **Single**, Soltero / **Married**, Casado / **Divorced**, Divorciado / **Widowed**, Viudo

Home address/Domicilio _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código Postal _____

Mobile/celular # _____ Alternativo/número alternativo # _____

Email/Correo electrónico _____

- Please check this box if you agree to receive automated text, voice messages and/or email to the provided information. We use this to send you important updates about the office, your appointment and offer promotions. We do not spam.**
/ Por favor de seleccionar esta opción si acepta recibir texto automatizado, mensajes de voz y correo electrónico. Usamos esta información para enviarle actualizaciones importantes sobre la oficina, su cita, y ofrecer promociones.

Occupation/Ocupación: _____ Employer/Empleador: _____

If patient is a minor (under age 18), parent or guardian to fill out
Si el paciente es menor de (18 años), favor de completar por los padres o guardianes

Parent or Guardian Name/Nombre de un Padre o Guardian _____

Relationship to the patient/Relación al paciente _____

Primary #/Número de teléfono (casa) _____

Secondary #/Número de Teléfono (celular) _____

EMERGENCY CONTACT
EN CASO DE EMERGENCIA

Name/Nombre _____

Relationship to the patient/Relación al paciente _____

Primary #/Número de teléfono (casa) _____

Secondary #/Número de Teléfono (celular) _____

Do you authorize us to discuss your health information with this person? _____ YES *Si* _____ NO *No*

Nos autoriza a discutir su información de salud con esta persona?



PACIFIC POINT PODIATRY
DR. TEA NGUYEN, DPM

P 831-288-3400 | F 831-288-3405 | 243 GREEN VALLEY RD #A, FREEDOM, CA 95019 | 831FEET.COM

POLÍTICAS Y TARIFAS DE LA OFICINA

Tenemos en cuenta que hay muchas opciones y nos complace que haya elegido a Pacific Point Podiatry para el cuidado de su pie y tobillo. Nuestro personal se esfuerza por hacer que su experiencia sea lo más agradable posible. Para mantener un alto nivel de cuidado, se implementan las siguientes políticas:

Horas de Oficina Para citas, resurtidos de recetas y resultados de pruebas, favor de llamar a nuestra oficina durante horario normal de oficina. Los resurtidos de recetas pueden tomar 1-2 días, así que asegúrese de planificar con anticipación. No se recetarán antibióticos ni narcóticos por teléfono. No recetamos narcóticos de manera rutinaria; en su lugar, es posible que necesite ver a un especialista de 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. Los resurtidos de medicamento para el dolor no se consideran emergencias reales, así 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, encontramos 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 reprogramé su cita para que usted pueda tener el tiempo y la atención que se merece.

Telemedicine/Telehealth Ofrecemos citas por teléfono y/ o por video conferencia a su conveniencia y le cobraremos el costo a su seguro médico adecuadamente. Si esto no es un beneficio que es cubierto usted puede ser responsable por el pago.

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 groseros o amenacen a cualquier miembro del personal de Pacific Point Podiatry.

Su Responsabilidad Financiera

Si Usted No Tiene Seguro Médico Damos la bienvenida a los pacientes de pago propio. El pago se debe al momento del servicio.

Si Tiene Seguro de Salud

- Usted es responsable de comprender su cobertura, incluidos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos, ya que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra relación es con usted, el paciente, y no la compañía de seguros. Por lo tanto, si tiene preguntas sobre su póliza, comuníquese con su compañía de seguros.
- Costo/pago no se puede garantizar ya que las actividades de seguro siempre cambian. Le facturaremos a su seguro directamente y se le facturará cualquier saldo restante.
- Verifique con su seguro que nuestra oficina sea cubierta por su seguro médico. Cargos adicionales pueden ser aplicados por su seguro si nuestra oficina no está cubierta por su seguro médico.
- Infórmenos de cualquier cambio en la cobertura, incluyendo su dirección o número de teléfono.
- Verifique que su seguro no requiera una referencia de su médico de atención primaria para que podamos recibir el máximo beneficio de su seguro.
- Si sus gastos anuales de bolsillo (deducible) no se han cumplido, **podemos colectara el 50% de los cargos de su consulta al momento de la visita**. Esto se aplicará a su cuenta y se enviará una declaración que refleje los fondos



PACIFIC POINT PODIATRY
DR. TEA NGUYEN, DPM

P 831-288-3400 | F 831-288-3405 | 243 GREEN VALLEY RD #A, FREEDOM, CA 95019 | 831FEET.COM

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

- **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.

Tarifa Aceptamos pagos en efectivo, cheque, Visa o MasterCard. Haremos todos los intentos razonables para cobrar los saldos pendientes, incluyendo arreglos de pago convenientes.

- 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 Tarde/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.
- **Citas canceladas dentro de las 24 horas o no se presentan en su cita (no presentarse) se cobrará \$ 50. Su seguro no pagará por esto.** Las ausencias repetidas pueden resultar en que su cuidado sea transferido a otra oficina médica.
- Cancelación de cirugía dentro de los 10 días de la fecha programada: **\$200**

Formularios/Cartas Permita 7-10 días después de su solicitud para ser completado. Esto incluye formularios de discapacidad a corto plazo para nuestros pacientes quirúrgicos. 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 por correo electrónico es gratis. Copias adicionales en papel tendrán una tarifa de un mínimo de \$10.

Lanzamiento de Seguro La totalidad de la información es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Usted, el paciente o guardián, autoriza el uso de sus beneficios de seguro para ser pagados directamente a Pacific Point Podiatry y para usar su firma a continuación en todas las presentaciones requeridas para procesar reclamos.

Por favor inicial.

_____ He leído lo anterior (o me lo explicaron) y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas de la oficina y consentimiento para el tratamiento. Estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios y costos asociados a la recaudación de saldos pendientes, incluyendo cualquier honorario de abogado, cantidad pendiente en mi cuenta.

_____ He leído el formulario HIPAA (Ley de privacidad del paciente) y reconozco que puedo solicitar una copia de este formulario.

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

Firma

Fecha

Imprima su nombre completo



PACIFIC POINT PODIATRY
DR. TEA NGUYEN, DPM

P 831-288-3400 | F 831-288-3405 | 243 GREEN VALLEY RD #A, FREEDOM, CA 95019 | 831FEET.COM

CONSENTIMIENTO PARA FOTOS

Doy mi consentimiento para tener fotografías, imágenes grabadas en video u otras imágenes hechas de mí para mis registros médicos y publicidad. Entiendo y acepto dar uso sin restricciones a Pacific Point Podiatry o a personas autorizadas con el propósito de: Enseñanza, incluye ser mostrado a otros pacientes, anuncios, colocación en sitios web, redes sociales, publicaciones científicas y/o publicaciones de investigación.

Inicié solo una:

- Yo inicio aquí **para dar** consentimiento
 Yo inicio aquí **para no dar** el consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA HISTORIA DE MEDICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Pacific Point Podiatry obtendrá el historial de todas mis recetas anteriores y entiendo que esas recetas se convertirán en parte de mi historial médico electrónico. La prescripción electrónica (enviar recetas electrónicamente) reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente.

Inicié **solo** una:

- Doy consentimiento informado para inscribirme en el programa Prescrito electrónico.
 Declino esta opción. No doy permiso para el acceso a la información anterior.

Información de farmacia

Nombre de Farmacia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____



PACIFIC POINT PODIATRY
DR. TEA NGUYEN, DPM

P 831-288-3400 | F 831-288-3405 | 243 GREEN VALLEY RD #A, FREEDOM, CA 95019 | 831FEET.COM

REVISIÓN INTEGRAL DE SALUD

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuál es su problema específico de pie/tobillo?

¿Cuándo comenzó? _____

El problema esta: Mejorando Empeorando Ningun cambio

Aparición: Repentino Gradual ¿Qué lo hace peor? _____

¿Qué lo hace mejor? _____

¿Le duele? Sí No Duración? : Constante De vez en cuando

Califica el nivel de dolor: 0 (no dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peor dolor)

Describe el dolor: Agudo Leve Adolorido Ardor Punsante Calambres

Picazón Otro _____

Describe tratamiento anterior: _____ Ninguno

¿Es causa de una lastimadura? Sí No

¿Está relacionado con el trabajo? Sí No



REVISIÓN DE SISTEMAS (Circule si actualmente experiencia alguno de los siguientes):

Constitucional pérdida de peso repentina constitucional o aumento de peso, fiebre, fatiga

Cabeza dolor de cabeza, mareos, cambios en la visión

Cardiovascular pies fríos, calambres nocturnos, dolor en las pantorrillas al caminar, dolor en las piernas en reposo, dolor en el pecho, hinchazón en las piernas

Respiratorio tos, dificultad para respirar

Musculoesquelético dolor o dolores en las articulaciones, problemas de espalda baja, debilidad

Neurológico dolor punsante o dolor ardiente, entumecimiento, hormigueo

Sicológica depresión, pensamientos de suicidio, olvido, demencia, cambios de humor

Gastrointestinal náuseas, vómitos, malestar estomacal, indigestion

Piel salpullido, piel seca, picazón, llagas abiertas, hongos en las uñas, cambios en las uñas, callos, verrugas plantares



PACIFIC POINT PODIATRY
DR. TEA NGUYEN, DPM

P 831-288-3400 | F 831-288-3405 | 243 GREEN VALLEY RD #A, FREEDOM, CA 95019 | 831FEET.COM

HISTORIA MÉDICA (Circule si tiene o ha tenido):

SIDA/VIH	Problemas de circulación	Úlceras estomacales
Artritis	Diabetes Tipo I (Autoimmune)	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 Psiquiátrico
Asma o dificultad respiratoria	Gota	Embolio
Problemas de espalda	Dolores de cabeza/Migraña	Tuberculosis
Sangrado, desorden de coagulo	Hepatitis A/B/C	Otro:
Cáncer	Presión alta o baja	
Dolor de pecho	Enfermedades sexuales	

HOSPITALIZACIÓN/ HISTORIA DE CIRUGÍAS:

HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA

Madre _____
Padre _____
Hermanos _____

HISTORIA SOCIAL:

Yo vivo con nadie esposo/a hijos padres otro

Me paro de pie ____ % de mi día Hago ejercicio, por semana: 0 días 1-2 días 3+ días

Lista de deportes / actividades _____

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

Ex fumador/fecha que paro _____ Uso de Alcohol (# bebida/semana) _____

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

Otro: _____

MEDICAMENTOS Lista de medicamentos, suplemento de hierbas (o proveer una copia de su lista) con la dosis y la frecuencia.

STATS

Age ____ Height ____ Wt ____ Shoe Size ____ For Office Staff: T ____ BP ____ P ____ BMI ____