

Irene Hernaez, DPM

Family Foot Center, PLLC

16659 S W Freeway Ste. # 201 - Sugar Land, TX 77479

Teléfono - 281-937-0077 – Fax 1- 877-231-0556

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad / Código Postal: _____

Teléfono No .: _____ **Celular / Trabajo / Otros #:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

GÉNERO: HOMBRES MUJERES **PODEMOS DEJAR UN MENSAJE:** PACIENTE SOLO
QUIEN Respuestas _____ (NOMBRE)

RACE: _____ **Idioma preferido:** _____

FORMULARIO DE CONTACTO: TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO DE TEXTO

(CÍRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA)

¿Quién lo refirió? (Ie. Periódico, libro de teléfono, nombre del doctor, etc) _____

¿Cuál es su problemas en los pies hoy? _____

Anote todos los medicamentos que está realizando el seguimiento (dosis Arent Necesario):

Enumere cualquier alergia a medicamentos:

¿Usted tiene alguna condición médica? Por favor marque todas las que apliquen:

Diabetes Presión Arterial Alta Otros: _____

Los problemas de corazón Circulación _____

Problemas del hígado Problemas renales **Farmacia de Ubicación de la tienda:**

Cáncer Anemia _____

Por favor anote cuales Tuvimos que tienes; con fecha estimada:

Su firma nos da permiso para darle tratamiento, cuenta a su seguro, y compartir información médica pertinente con otros proveedores de atención de la salud involucrados en su cuidado Quién engranan eBay

Firma del paciente / tutor: _____ **Fecha:** _____

Irene Hernaez, DPM
Family Foot Center, PLLC
16659 SW Freeway Ste 201 Sugar Land, Texas 77479

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información médica se mantendrá de manera confidencial, como lo requiere la ley. Sin embargo, podemos utilizar su información si es necesario para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

El tratamiento incluye el intercambio de información entre los profesionales de la salud involucrados en su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir información acerca de su condición con el farmacéutico para discutir los medicamentos o con radiólogos y otros consultores con el fin de hacer el diagnóstico. Es posible que necesitemos utilizar su información médica según lo requiera su asegurador o HMO para obtener el pago de su tratamiento.

Otros usos de su información médica:

- Miembros de la familia o amigos cercanos que participan en su cuidado o pago por su tratamiento.
- El alivio de desastres
- Los recordatorios de citas
- Como es requerido por la ley
- Cuestiones de salud pública, la prevención de enfermedades, reporte de abuso / negligencia infantil
- Declaración de reacciones a los medicamentos, la notificación de los retiros
- Las auditorías, inspecciones, investigaciones y licencias
- Demandas
- A las autoridades militares, si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas
- Actividades de seguridad nacional e inteligencia
- Compensación del Trabajador

:SUS DERECHOS

- Usted puede pedir limitaciones en su información médica. No estamos obligados a estar de acuerdo, pero si estamos de acuerdo, cumpliremos a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.
- Usted puede solicitar la comunicación de una manera determinada o la ubicación, pero debe ser específico en cuanto a cómo o dónde.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica.
- Podemos cobrar una cuota por las copias, correo y suministros.
- Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información médica

que se han hecho a las personas o entidades que no sean para el tratamiento de cuidado de la salud.

Gracias por elegirnos como su podólogo usted. Estamos comprometidos con su éxito en el tratamiento. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, lo que puede requerir que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento.

TODOS LOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR NUESTRA ATENCIÓN DE SALUD FORMULARIO CUESTIONARIO DE HISTORIA ANTES DE VER EL DOCTOR.

SEGURO COMERCIAL:

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su seguro. Vamos a presentar sus reclamaciones de seguros como una cortesía para usted. Sin embargo, se requiere co-pagos y deducibles a pagar en el momento del servicio. Haremos todo lo posible para verificar su elegibilidad de seguro, copagos y / o deducibles en el momento de su visita. Sin embargo, no podemos tomar la responsabilidad por la información incorrecta proporcionada a nosotros por su seguro. Muchas veces, no parecen ser de un personal humano, en vez nos ocupamos de los sistemas automatizados. Vamos a honrar sólo la información proporcionada a nosotros en el momento de la verificación del seguro. Esto es independientemente de si usted ha tenido el cuidado médico previo de otros proveedores, o si usted cree que ha cumplido con su deducible.

PACIENTES DE MEDICARE:

Como es de su conocimiento, Medicare sólo cubre el 80% del gasto permitido. Si usted no proporciona prueba de seguro secundaria en el momento del tratamiento, a continuación, se recogerá el 20% co-seguro. Como especialista-PODIATRIST estamos obligados a enumerar a su médico de atención primaria u otro médico a quien se ve con regularidad. Su / su nombre aparece en la solicitud, incluyendo la fecha de la última vez que vio a ese doctor. **ESTA INFORMACIÓN ES REQUERIDA POR MEDICARE. SI USTED NO PUEDE PROPORCIONAR EL NOMBRE DE SU MÉDICO O FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA, ENTONCES UN DEPÓSITO puede ser recogida.** Si y cuando nos reembolsa Medicare, a continuación, recibirá un reembolso. **SI TIENE ALGUNA PREGUNTA RESPECTO A LOS REQUISITOS DEL Medicare, llame a su línea de servicio al cliente y PUEDEN AYUDARLE.**

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE ARRIBA. MI FIRMA INDICA QUE ESTOY DE ACUERDO EN CUMPLIR CON ESTA POLÍTICA.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____