

INFORMACION MEDICA

Ha tenido usted alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Hipertension	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Calambres en los	Usted padece de Diabetes? ___ Si ___ No Si su respuesta es Si: Usted usa insulina? ___ Si ___ No
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Pies	
<input type="checkbox"/> Circulacion Deficiente	<input type="checkbox"/> Problemas Visuales	<input type="checkbox"/> Venas Varicosas	
<input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/> Problemas de la Piel	<input type="checkbox"/> Derrames	
<input type="checkbox"/> Problemas con las uñas de los pies	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cancer	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones	<input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/> Convulciones	
	<input type="checkbox"/> Hormigueo de los Pies	<input type="checkbox"/> Pies Frios	
	<input type="checkbox"/> Hinchazon de los Pies o el Tobillo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones	

ESTATURA _____ PESO _____ TALLA DE ZAPATO _____

Hospitalizaciones anteriores / Cirugías / enfermedad grave (y cuándo?) _____

Que Medicinas y Vitaminas esta tomando ahora? Que dosis? _____

(Mujeres) Esta embarazada? Si ___ No ___ Esta tomando pastas anticonceptivas? Si ___ No ___

Esta bajo cuidado de un Doctor? Si ___ No ___

Si su respuesta es si, porque razon (es)? _____

HISTORIA SOCIAL

Vive solo (a)? ___ Si ___ No Hace cuanto tiempo? _____

Tienes hijos (as)? ___ Si ___ No Cuantos? _____

Hace Ejercicios? ___ Si ___ No Cada cuanto? _____

Esta en una dieta especial? ___ Si ___ No Que clase de Dieta? _____

Usted Fuma? ___ Si ___ No Cuantas cajetillas por dia? # ___ Por # ___ años.

Si no, Cuando dejo de fumar? Cuantas cajetillas fumabas? # ___ al dia por # ___ años.

Toma bebidas alcoholicas? ___ Si ___ No Cuantas ___ Diario ___ semanal ___ Mensual _____

Tienes historia de abuso de substancias? ___ Si ___ No Que substancia (s)? _____

HISTORIA FAMILIAR

Alguien en su familia ha sido diagnosticado con las siguientes? Nombre la relación junto a la condición en el espacio

<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades de Circulacion <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Problemas Neurologicos <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Problemas de los Pies <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cancer _____ <input type="checkbox"/> Hpertension _____ <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Madre: Difunta Si ___ / No ___ <input type="checkbox"/> Padrer: Difunta Si ___ / No ___ <input type="checkbox"/> Cuantos <input type="checkbox"/> Hermanos ___ / Hermanas ___
--	---	--

Espacio adicional, Si lo necesitas _____

ALLERGIAS

¿Tiene un historial de reacción de la piel u otras reacciones adversas a alguna medicina?

<input type="checkbox"/> Antibioticos <input type="checkbox"/> Penicillina <input type="checkbox"/> Medicinas Sulfa <input type="checkbox"/> Codeina <input type="checkbox"/> Plata	<input type="checkbox"/> Pastillas para el dolor sin Receta <input type="checkbox"/> Motrin <input type="checkbox"/> Aleve <input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Advil	<input type="checkbox"/> Medicina para el dolor / Anti-inflamatorios <input type="checkbox"/> Naprosyn <input type="checkbox"/> Vioxx <input type="checkbox"/> Voltaren	<input type="checkbox"/> Cinta adhesiva, Esparadrapo <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Other
--	---	--	--

Alergias a otras medicinas: _____

Algun problema con anestesia local (Novocaina, Lidocaina, etc.)? _____

QUE FARMACIA USA: _____ **DONDE ESTA UBICADA** _____

TELEFONO: _____ **FAX:** _____

NOTAS: _____

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior presentada es verídica. Entiendo que dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina del médico de cualquier cambio en mi estado de salud. Por la presente, doy mi autorización al Dr. Berman para diagnosticar y administrar el tratamiento de mi condición de pie.

Signature: _____ Date: _____ Review by: _____

ACUERDO DE PAGOS Y AUTORIZACIONES

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para el tratamiento proporcionado por el East Boston Foot Center y sus empleados o personas designadas. Yo autorizo a los servicios de atención de salud física se considere necesario o conveniente por mis cuidadores para atender a mis necesidades.

(Iniciales)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:

Yo autorizo el uso y divulgación de mi información personal de salud a los fines de diagnóstico o proporcionar tratamiento para mí y para obtener el pago por mi cuidado, o para los fines de llevar a cabo las operaciones de atención médica del East Boston Foot Center. Yo autorizo a East Boston Foot Center para dar cualquier información requerida en el proceso de las solicitudes de cobertura financiera para los servicios prestados. Esta autorización se establece que East Boston Foot Center pueda divulgar información clínica objetiva en relación con mi diagnóstico y tratamiento que puede ser solicitada por mi compañía de seguros o agente designado.

(Iniciales)

ASSIGNACION DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO / CUOTA DE PAGO GARANTIA / COLLECCION DE PAGOS:

Yo autorizo el pago que debe de hacerse directamente al East Boston Foot Center para los beneficios del seguro a nombre mio. Yo entiendo que soy financieramente responsable por los servicios prestados en East Boston Foot Center, y por los servicios no cubiertos tal como se define por mi compañoa de seguros. Yo entiendo que si mi saldo de la cuenta se convierte en mora y el pago tardio se transfiere a una agencia de coleccion, yo sere responsable por los gastos de cobranza incluyendo honorarios razonables de abogados.

(Iniciales)

POLITICA DE PRIVACIDAD: Reconozco que he recibido el aviso del "East Boston Foot Center sobre "las políticas de privacidad", mis derechos, incluyendo el derecho de ver y copiar mi archivo, y limitar la divulgacion de informacion, y para solicitar una modificacion de mi expediente, se explica en la politica de privacidad. Entiendo que puedo revocar por escrito mi consentimiento para la divulgacion de mi informacion, salvo a la medida en que East Boston Foot Center ya haya hecho declaraciones con mi consentimiento previo.

(Initials)

POLITICAS DE HMO: Yo entiendo que es mi responsabilidad para obtener referidos de mi medico de atencion primaria. Si no se proporciona el referido a East Boston Foot Center cuando este sea necesario, entiendo que sere responsable por el pago en su totalidad en el momento del servicio.

(Initials)

CHEQUES DEVUELTOS: Yo entiendo que se le cobrara \$30.00 por cualquier cheque devuelto del banco por "insuficientes fondos".

(Initials)

SOLICITUD DE REGISTROS: Yo entiendo que Habra como minimo una cuota de \$25 dolares para solicitar copias de los registros medicos de cualquier parte que no sea mi compañía de seguro de salud y que esta cuota se pagara antes de que los registros sean entregados. Un cargo adicional de \$10 dolares se cobrara por las copias de los rayos X. No se le cobrara por cualquier literature entregada a usted por la oficina o por uno de los medicos a menos que se lo hayamos anticipado. Si solo es una pequeña cantidad de documentacion es solicitada, esto se le puede dar a usted (el paciente) a la discrecion del medico, sin exigir el pago.

(Initials)