

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____
Sexo: ☐ F ☐ M Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____
Estado civil: ☐ Menor de edad ☐ Soltero(a) ☐
Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐
Viudo(a)
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____
Correo electrónico: _____
Dirección física: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
☐ La dirección postal es la misma que la dirección física
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombre del médico de cabecera: _____ Teléfono: _____
Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: _____
Teléfono: _____ Relación: _____

EMPLEO

Estado: ☐ Estudiante ☐ Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Jubilado(a)
Ocupación: _____ Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario: _____
Nombre del titular: _____ ☐ M ☐ F
Fecha de nacimiento del titular: _____ N.º de Seguro Social del titular: _____
Relación con el asegurado: ☐ Propio(a) ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro Teléfono del seguro: _____
N.º de miembro: _____ N.º de grupo: _____
Seguro secundario: _____
Nombre del titular: _____ ☐ M ☐ F
Fecha de nacimiento del titular: _____ N.º de Seguro Social del titular: _____
Relación con el asegurado: ☐ Propio(a) ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro
Teléfono del seguro: _____
N.º de miembro: _____ N.º de grupo: _____

Por la presente autorizo a Total Podiatry a divulgar la información médica pertinente para presentar reclamaciones de seguro en mi nombre. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Total Podiatry los beneficios correspondientes a los servicios no pagados presentados en mi nombre. Entiendo que SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE de todos los cargos, sean pagados por el seguro o no, y de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo de cobranza si incumplo con los saldos pendientes del paciente. También entiendo que Total Podiatry no es, en última instancia, responsable de cobrar a mi seguro ni de negociar acuerdos de reclamaciones. Autorizo a Total Podiatry a divulgar la información necesaria para obtener el pago o los beneficios. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones al seguro.

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DEL PROBLEMA ACTUAL / ¿QUÉ LE TRAE A CONSULTA?

- ¿Cuál es su problema específico de pie/tobillo? _____
- ¿Qué pie/tobillo está afectado? ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
- ¿Es la primera vez que consulta a un médico por este problema? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha tenido un problema similar en el pasado? ☐ Sí ☐ No
- ¿Cuándo comenzó el problema? _____ ¿Cómo comenzó? ☐ Repentinamente ☐ Gradualmente
- El problema es peor: ☐ Por la mañana ☐ Por la tarde/noche ☐ En reposo ☐ Con actividad
- ¿Es doloroso? ☐ Sí ☐ No Si es así, califique su dolor actual: (ninguno) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peor)
- Describe el dolor: ☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Doloroso ☐ Pulsátil ☐ Calambres ☐ Picazón ☐ Chasquido ☐ Ardor ☐ Hormigueo ☐ Crujido/chasquido ☐ Irradiado ☐ Punzante ☐ Otro
- ¿Ha sufrido algún traumatismo o lesión en el área? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿está relacionado con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

Estatura: _____ Peso: _____ Talla de calzado: _____

Lista de medicamentos: _____

ALERGIAS

- ☐ Ninguna ☐ Adhesivos/cinta ☐ Aspirina ☐ Codeína ☐ Cortisona ☐ Yodo ☐ Látex ☐ Anestésicos locales
- ☐ Penicilina ☐ Mariscos/crustáceos ☐ Sulfas ☐ Otra: _____

HISTORIA SOCIAL

- ¿Consume alcohol? ☐ No ☐ Rara vez ☐ Socialmente ☐ Todos los días
- ¿Consume bebidas con cafeína? ☐ No ☐ Sí ¿Cuánto? _____
- ☐ Uso o he usado productos de tabaco Tipo: _____
- Paquetes/día: _____ Años: _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____
- Paso de pie el _____ % de mi día. Hago ejercicio cada semana: ☐ 0 días ☐ 1-2 días ☐ 3+ días
- Deportes/actividades: _____
- ☐ Mi problema de pie/tobillo limita mis actividades

HISTORIA MÉDICA

- ☐ Diabetes — Tipo: _____ ☐ Gota ☐ Neuropatía
- ☐ Reflujo ácido ☐ Problemas de cicatrización/queloides ☐ Osteomielitis/infección ósea
- ☐ Anemia ☐ Enfermedad cardíaca/ataque cardíaco ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Complicaciones con la anestesia ☐ Presión arterial alta (☐ ¿presión baja?) ☐ Antecedentes de adicción a: _____
- ☐ Artritis (☐ Osteoartritis / ☐ Reumatoide) ☐ Colesterol alto ☐ Embolia pulmonar
- ☐ Asma ☐ Terapia hormonal ☐ Erupciones/afecciones de la piel
- ☐ Coágulo sanguíneo/TVP ☐ Trastorno inmunitario/VIH ☐ Enfermedad/fenómeno de Raynaud
- ☐ Cáncer: _____ ☐ Enfermedad renal (☐ Diálisis) ☐ Trastorno convulsivo/epilepsia
- ☐ Celulitis/infección de la piel (☐ ¿MRSA?) ☐ Enfermedad hepática (☐ Hepatitis) ☐ Enfermedad/rasgo de células falciformes
- ☐ Problemas de circulación ☐ Calambres de piernas/dolor de piernas en reposo ☐ Apnea del sueño
- ☐ Demencia/Alzheimer ☐ Afección pulmonar: _____ ☐ Úlceras estomacales
- ☐ Sangrado excesivo/fácil ☐ Prolapso de la válvula mitral/soplo ☐ Accidente cerebrovascular ☐ DER ☐ IZQ (año _____)
- ☐ Fibromialgia ☐ Esclerosis múltiple ☐ Afección tiroidea (☐ Alta ☐ Baja)
- ☐ Úlcera de pie/pierna ☐ Trastorno nervioso/depresión ☐ Venas varicosas
- ☐ Otros problemas no mencionados: _____ ☐ Embarazada ☐ Lactando

CIRUGÍAS PREVIAS

- ☐ Cirugía de pie/tobillo: _____ ☐ Reemplazo de stent: ☐ Corazón ☐ Pierna (marque uno)
- ☐ Reemplazo articular: _____ ☐ Cirugía estética: _____
- ☐ Cirugía a corazón abierto / bypass ☐ Apéndice ☐ Vesícula biliar ☐ Amígdalas/adenoides
- ☐ Histerectomía ☐ Ligadura de trompas ☐ Cesárea ☐ Bypass de pierna ☐ Reparación de fractura abierta
- ☐ Cirugía carotídea ☐ Cirugía de venas ☐ Reparación de hernia ☐ Tiroides ☐ Cirugía de espalda
- ☐ Otra: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

M = Madre P = Padre H = Hermana Hno. = Hermano A = Abuelo(a)

- ☐ Cáncer M P H Hno. A ☐ Enfermedad renal M P H Hno. A
- ☐ Diabetes M P H Hno. A ☐ Enfermedad hepática M P H Hno. A
- ☐ Coágulo sanguíneo M P H Hno. A ☐ Problemas de los pies M P H Hno. A
- ☐ Enfermedad cardíaca M P H Hno. A ☐ Otro: _____ M P H Hno. A
- ☐ Presión arterial alta M P H Hno. A

REVISIÓN DE SISTEMAS: (Marque la casilla si actualmente presenta alguno de estos síntomas o marque "NINGUNO")

- Cardiovascular ☐ Hinchazón de los tobillos ☐ Pies/manos fríos ☐ Dolor de piernas ☐ Hinchazón de las piernas ☐ Palpitaciones ☐ Enfermedad vascular ☐ NINGUNO
- Gastrointestinal ☐ Dolor abdominal ☐ Sangre en las heces ☐ Estreñimiento ☐ Disminución del apetito ☐ Diarrea ☐ Acidez ☐ Vómitos ☐ Úlceras ☐ NINGUNO
- Genitourinario ☐ Sangre en la orina ☐ Disminución de la orina ☐ Orina excesiva ☐ Cálculos renales ☐ Incontinencia ☐ Dolor al orinar ☐ NINGUNO
- Piel ☐ Pie de atleta ☐ Callos/callosidades ☐ Talones agrietados ☐ Uña encarnada ☐ Queloides ☐ Cambios en las uñas ☐ Hongos en las uñas ☐ Úlceras ☐ Verrugas ☐ NINGUNO
- Musculoesquelético ☐ Dolor de tobillo ☐ Dolor del arco ☐ Dolor en la parte anterior del pie ☐ Dolor en la planta del pie ☐ Pie plano ☐ Dolor de talón ☐ Dolor de dedos ☐ Dolor en la parte superior del pie ☐ NINGUNO
- Neurológico ☐ Entumecimiento ☐ Parálisis ☐ Convulsiones ☐ Hormigueo/ardor ☐ Temblores ☐ Debilidad ☐ NINGUNO
- Respiratorio ☐ Dolor de pecho ☐ EPOC ☐ Tos ☐ Falta de aire ☐ Sibilancias ☐ NINGUNO

POR FAVOR LEA Y FIRME

La información anterior es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que durante todo mi tratamiento SOY RESPONSABLE de notificar al médico y/o al personal médico cualquier actualización de la información indicada anteriormente.

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

He recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad".

Firma del paciente/representante: _____

Indique a continuación los nombres, relación y número de teléfono de cualquier persona autorizada (cónyuge, familiares, amigos, cuidadores, etc.) con quien podamos hablar sobre su información médica o financiera.

Nombre	Relación	Número de teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

O

Si no desea que se hable de ninguna de sus informaciones médicas o financieras con otra persona que no sea usted, firme a continuación.

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES PRIVADA Y CONFIDENCIAL Y SE COLOCARÁ EN SU EXPEDIENTE.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO O MENSAJES DE TEXTO PARA RECORDATORIOS DE CITAS Y OTRAS COMUNICACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Los pacientes de nuestra clínica pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarles una cita, obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y proporcionar recordatorios/información general de salud.

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o de mensajes de texto donde pueda ser contactado(a), doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica en esa dirección de correo electrónico o número de teléfono por parte de la clínica.

_____ (Iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de la clínica en mi teléfono celular y en cualquier número que sea reenviado o transferido a ese número, o correos electrónicos para recibir las comunicaciones indicadas anteriormente.

Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los futuros recordatorios de citas, solicitudes de comentarios e información de salud, a menos que solicite un cambio por escrito.

Autorizo a recibir mensajes de texto para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información general de salud en el siguiente número de teléfono celular: _____.

La clínica no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajes de texto establecidas por su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer los planes de precios y detalles).

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

POLÍTICA DE CITA NO PRESENTADA / CITA PERDIDA

En Total Podiatry entendemos que a veces necesita cancelar o reprogramar su cita y que pueden ocurrir emergencias. Si no puede asistir a su cita, llámenos lo antes posible (con al menos 24 horas de anticipación). Puede cancelar las citas llamando a la oficina.

Para garantizar que cada paciente reciba la cantidad de tiempo adecuada para su visita y brindar la atención de mayor calidad posible, es muy importante que cada paciente programado asista puntualmente. Como cortesía, se realiza o intenta realizar una llamada de recordatorio de la cita uno o dos días hábiles antes de la cita programada. Sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar puntualmente a su cita.

Revise la siguiente política:

1. Cancele su cita con al menos 24 horas de anticipación: Existe una lista de espera para ver a los proveedores de Total Podiatry y, cuando es posible, nos gusta ocupar los espacios cancelados para reducir el tiempo de espera de nuestros pacientes.
2. Si la cancelación se realiza con menos de 24 horas de anticipación, se documentará como una cita "No presentada".
3. Si no se presenta en la oficina para su cita, se documentará como una cita "No presentada".
4. Después de la primera cita "No presentada/Perdida", recibirá una llamada telefónica o una carta de advertencia indicando que ha incumplido nuestra política de "No presentada". Total Podiatry le ayudará a reprogramar esta cita si es necesario.
5. Se aplicará un cargo de \$25 por cita no presentada a cada cita "No presentada/Perdida" si tiene 2 o más.

He leído y entiendo la Política de Citas No Presentadas/Perdidas de Total Podiatry y entiendo mi responsabilidad de planificar las citas en consecuencia y notificar adecuadamente a Total Podiatry si tengo dificultades para cumplir con mis citas programadas.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o padre/tutor si es menor: _____ Relación con el paciente: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA IMÁGENES MULTIMEDIA Y FILMACIÓN

Doy mi consentimiento para que se realicen imágenes médicas (fotografías, video y/o audio) de mí o de mi hijo(a) (o de la persona de quien soy tutor legal) en nombre de Total Podiatry, las cuales pueden utilizarse en relación con la publicidad y promoción de Total Podiatry. Autorizo a Total Podiatry a utilizar mi nombre, información biográfica breve y las imágenes médicas según se definen en este formulario.

Por la presente autorizo irrevocablemente a Total Podiatry a copiar, exhibir, publicar o distribuir las imágenes médicas con el propósito de publicitar los servicios de Total Podiatry o para cualquier otro propósito legal. Estas declaraciones pueden utilizarse en publicaciones impresas, presentaciones multimedia, sitios web o cualquier otro medio de distribución.

Acepto no presentar ninguna reclamación monetaria o de otro tipo contra Total Podiatry por el uso de la declaración.

Además, renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluido el texto escrito en el que aparezca mi testimonio.

Por la presente libero de toda responsabilidad y eximo a Total Podiatry de cualquier reclamación, demanda y causa de acción que yo, mis herederos, representantes, albaceas, administradores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio tenga o pueda tener como consecuencia de esta autorización.

He leído la información de autorización y liberación de responsabilidad y doy mi consentimiento para el uso de mi testimonio según lo indicado anteriormente.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____