

**GENTLE FOOT CARE CENTER**  
**FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE**

FECHA:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE

INICIAL

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

PODEMOS DEJAR MENSAJE?

TELÉFONO CASA # (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SI NO CELULAR #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SI NO

TELÉFONO TRABAJO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SI NO CORREO ELECTRÓNICO:

\_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_ SEXO: M F

**RAZA:**

**ETNIA**

- Cáucaso
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Afroamericano
- Nativo de Hawai o orta isla del Pacífico

- No Especificado
- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

**Seguro Social#** \_\_\_\_\_

TIENE USTÉD UN TUTOR LEGAL O UN PODER DE ATENCIÓN MÉDICA? SI NO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

FARMACIA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRA PERSONA QUE DESEE QUE COMPARTAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA?

\_\_\_\_ SI NOMBRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ NO

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

QUIEN LO REFIRIÓ? \_\_\_\_\_

**INFORMATION DEL SEGURO MÉDICO:**

NOMBRE COMPAÑIA DE SEGURO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ CONTRATO # \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPANIA DE SEGUROS SECUNDARIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ CONTRATO # \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

**MEDICINAS QUE ESTA TOMANDO** ( INCLUYA RECETAS, MEDICINAS DE VENTA LIBRE Y SUPLEMENTOS DE HIERBAS).

NOMBRE

DOSIS

FRECUENCIA

## **CIRUGIAS:**

TIPO DE CIRUGIA	FECHA	TIPO DE CIRUGIA	FECHA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## **HISTORIA SOCIAL**

ESTADO CIVIL:  SOLTERO  CASADO  CONVIVIENDO  SEPARADO  DIVORCIADO  VIUDO

USO DE ALCOHOL:  NUNCA  YA NO USO  HISTORIAL DE ALCOHOLISMO

TODAVIA USO - TIPO \_\_\_\_\_  RARA VEZ  OCASIONAL  MODERADO  DIARIO

USO DE TABACO:  NUNCA  DEJE - HACE CUANTO TIEMPO? \_\_\_\_\_  FUMO \_\_\_ PAQUETES/AL DIA \_\_\_ ANOS

USO DE DROGAS RECREACIONAL:  NUNCA  DEJE - HACE CUANTO TIEMPO? \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_

AUN LO USO - TIPO \_\_\_\_\_  RARA VEZ  OCASIONAL  MODERADO  DIARIO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

CUANTO TIEMPO PERMANECE DE PIE EN EL TRABAJO?  10%  25%  50%  75%  100%

TIENE DEPENDIENTES DE USTED?  NINOS-EDAD \_\_\_\_\_  MASCOTA(S)-QUE TIPO? \_\_\_\_\_

FAMILIAR ANCIANO O DISCAPACITADO?  OTRO \_\_\_\_\_

SE EJERCITA?  NUNCA  RARA VEZ  OCASIONALMENTE  SEMANALMENTE  VARIAS VECES EN SEMANA

DIARIAMENTE

TIPO DE EJERCICIO: \_\_\_\_\_

## **HISTORIA FAMILIAR**

TIENE FAMILIARES CON:  DIABETES  CANCER  ENFERMEDAD DEL CORAZON  ALTA PRESION

DERRAME CEREBRAL  ENFERMEDAD DE ARTERIA CORONARIA  TIROIDE  ARTRITIS REUMATOIDEA

AMPUTACION  OTRO \_\_\_\_\_

## **HISTORIA MEDICA**

ALERGIAS:  MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_

ANESTESIA \_\_\_\_\_  ALIMENTOS \_\_\_\_\_

CINTA MEDICA  LÁTEX  MARISCOS  YODO  OTRO \_\_\_\_\_  NINGUNO

## **ALGUNA VEZ HAS TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?**

ANEMIA	S	N	GOTA	S	N	LLAGA/HERIDA ABIERTA	S	N
ARTRITIS	S	N	ATAQUE DE CORAZON	S	N	OSTEOPOROSIS/OSTEOPENIA	S	N
ASMA	S	N	ENFERMEDAD DE CORAZON	S	N	POLIO	S	N
SANGRADO ANORMAL	S	N	HEPATITIS	S	N	NEUMONÍA	S	N
TDH	S	N	ENFERMEDAD DEL HIGADO	S	N	SORIASIS	S	N
COAGULOS DE SANGRE	S	N	PRESION ALTO	S	N	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	S	N
CANCER	S	N	COLESTEROL ALTO	S	N	ENFERMEDAD DE RAYNAUD	S	N
CHF	S	N	VIH/SIDA	S	N	CONVULSIONES	S	N
EPOC/ENFISEMA	S	N	ENFERMEDAD DE RINON	S	N	ANEMIA DREPANOCÍTICA	S	N
DEPRSIÓN/ANSIEDAD	S	N	STENTS EN LAS PIERNAS	S	N	ENFERMEDAD DE LA PIEL	S	N
DIABETES/PRE DIABETES	S	N	LUPUS	S	N	APENEA DEL SUENO	S	N
RETINOPATÍA DIABÉTICA	S	N	PÉRDIDA DE MEMORIA	S	N	ÚLCERA ESTOMACAL	S	N
FIBROMYALGIA	S	N	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL	S	N	ÍNFARTO CEREBAL	S	N

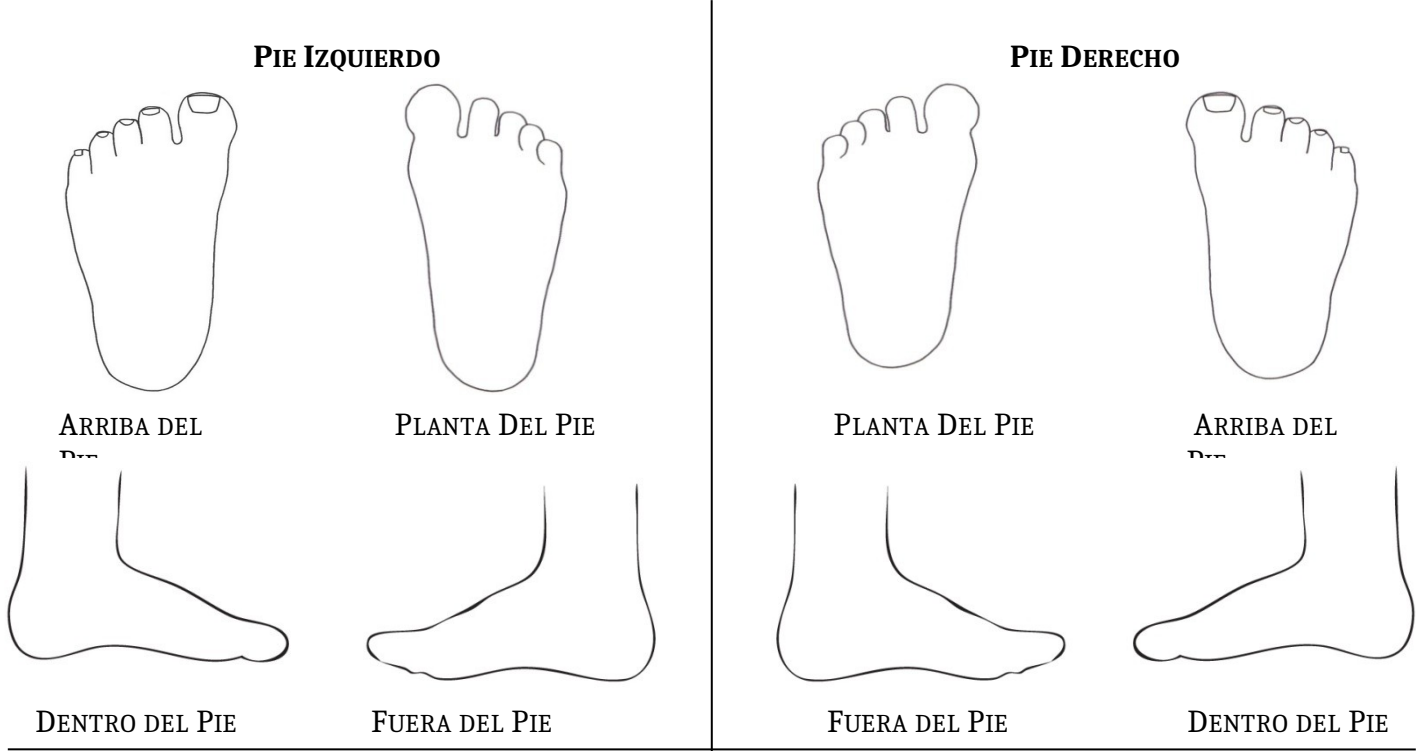
GERD	S	N	NEUROPATIA	S	N	ENFERMEDAD DE TIROIDES	S	N
OTRAS CONDICIONES:								

**PROBLEMA ACTUAL**

QUE PROBLEMA EN ESPECIFICO LO TRAJO A LA OFICINA HOY?

---

SITIO DEL DOLOR/LOCALIZADO DEL PROBLEMA? POR FAVOR MARQUE EN LA IMAGEN DE ABAJO.



HACE CUÁNTO COMENZÓ ESTE PROBLEMA? \_\_\_\_\_ DIAS/ SEMANAS/MESES/AÑOS

CÓMO EMPEZÓ SU DOLOR/PROBLEMA:  EMPEZÓ DE REPENTE  GRADUALMENTE

CÓMO DESCRIBIR SU DOLOR?  SIN DOLOR  AGUDO  LEVE  DOLOROSO  ARDIENTE

RADIANTE  COMEZÓN  PUNZANTE  OTROS \_\_\_\_\_

CÓMO CALIFICARÍA SU DOLOR EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10? (CIRCÚLE)

(SIN DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR DOLOR POSIBLE)

DESDE EL MOMENTO EN QUE COMENZÓ SU DOLOR OR PROBLEMA,HA:  SIGUE IGUAL  EMPEORAR  MEJORADO

QUÉ HACE QUE SU DOLOR O PROBLEMA SE SIENTA PEOR?  CAMINAR  PARARSE  ACTIVIDADES DIARIAS

DESCANSANDO  ZAPATO DE VESTIR  TACÓNES  ZAPATOS PLANOS  CUALQUIER ZAPATO CERRADO

CORRER  OTROS \_\_\_\_\_

QUÉ HACE QUE TU DOLOR O PROBLEMA SE SIENTA MEJOR? \_\_\_\_\_

QUÉ TRATAMIENTOS HA TENIDO PARA ESTE PROBLEMA? \_\_\_\_\_

CÓMO ESTE PROBLEMA A AFECTADO SU ESTILO DE VIDA O RUTINA DE TRABAJO? \_\_\_\_\_

ESTE PROBLEMA FUE CAUSADO POR UNA LESIÓN?  SI (DESCRIBIR) \_\_\_\_\_  NO

SI LA RESPUESTA ES SI, FUE RELACIONADO A TRABAJO?  SI  NO

**OLGA GARCIA LUEPSCHEN, DPM PA**

**DE ACUERDO CON MI CONOCIMIENTO, HE RESPONDIDO CON PRECISIÓN LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO.**

**ENTIENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. ENTIENDO QUE ES**

**MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL MÉDICO Y AL PERSONAL DE LA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI ESTADO MÉDICO.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSIBLE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD**

Reconozco que me proporcionaron una copia de aviso de prácticas de privacidad y que leí (o tuve la oportunidad de leer si así lo deseo) y entendí el aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**Politica Financiera Del Paciente**

Su comprensión de nuestras políticas financieras es un elemento esencial de su cuidado y tratamiento. Si tiene alguna pregunta, discútalas con el personal de nuestra oficina o nuestro supervisor.

- Como nuestro paciente, usted es responsable de todas las autorizaciones / referencias necesarias para buscar tratamiento en esta oficina.
- A menos que usted haya hecho otros arreglos por adelantado, o su compañía de seguros de salud, el pago de los servicios de oficina se vence al momento del servicio. Aceptaremos VISA, MasterCard, efectivo o cheque.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro por usted si asigna los beneficios al médico. En otras palabras, usted acepta que su compañía de seguros pague directamente al médico. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de un período razonable, tendremos que recurrir a usted para el pago. Si su aseguradora le envía el pago directamente a usted. Por lo tanto, todos los cargos por su atención y tratamiento deben pagarse al momento del servicio.
- Hemos hecho arreglos previos con ciertas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una asignación de
- No todos los planes de salud son iguales y no cubren los mismos servicios. En el caso de que su plan de salud determine que un servicio no está "cubierto" o que usted no tiene una autorización, usted será responsable del cargo completo. Intentaremos verificar los beneficios de algunos servicios especializados o referencias; sin embargo, usted sigue siendo responsable de los cargos a cualquier servicio prestado. Se recomienda a los pacientes que se comuniquen con sus planes para aclarar los beneficios antes de los servicios prestados.
- Debe informar a la oficina de todos los cambios de seguro y los requisitos de autorización / referencia. En el caso de que la oficina no esté informada, usted será responsable de cualquier cargo denegado.
- Las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobro. Todos los costos incurridos, incluidos, entre otros, los honorarios de cobro, los honorarios de abogados y los honorarios de los tribunales serán su responsabilidad, además del saldo de esta oficina.
- Hay una tarifa de servicio de **\$25.00** por **todos los cheques devueltos**. Su compañía de seguros no cubre esta tarifa.
- Hay una tarifa de servicio de **\$50.00** por cualquier **cita perdida**. Su seguro no cubre esta tarifa.
- Hay un cargo por servicio de **\$10.00** por un segundo resumen de facturación enviado por correo. Su compañía de seguros no cubre esta tarifa.

Nombre del Paciente o Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera con Olga Garcia Luepschen, DPM PA por brindarme servicios médicos a mí o al paciente nombrado a continuación. Estoy de acuerdo en pagarle a Olga Garcia Luepschen, DPM, PA y a la cantidad de todas las facturas en las que incurramos por mi cuenta o en la siguiente lista no hay cobertura de seguro médico.

Yo, el abajo firmante, certifico que (o mi dependiente) tengo cobertura con mi seguro según lo presentado y lo asigno directamente a Olga Garcia Luepschen, DPM, beneficios de seguro de PA, pagaderos por el servicio prestado. Entiendo que soy responsable del pago de deducibles, copagos y / o servicios no cubiertos y / o productos para el cuidado de los pies no cubiertos. Por la presente autorice al médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autoricé la

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA a mi compañía de seguros o solicité al médico que proporcionara la continuidad de la atención. Autoricé el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad informar al consultorio del médico si hay algún cambio en la información de mi seguro de salud.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ **Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_