

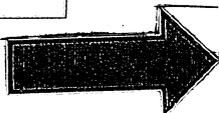
DR. RUSSELL PENDLETON D.P.M.

Nombre:		Apellido:		Inicial:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Seguro Social:	Nacimiento:	Raza:	Estado Civil:	Lenguaje Preferido:	Sexo: M/F
Tel. Casa:		Tel. Trabajo:		Tel. Celular:	
Contacto de Emergencia:		Teléfono:		Relación:	
Como escucho de nosotros?			Medico de Referencia:		
Farmacia Preferida:			Ciudad:		
Medico de Atención Primaria:			Fecha de Ultima Visita:		
Empleador:			Posición:		
Correo Electrónico:			Fax:		

Persona responsable si el paciente es menor de edad / principal en el seguro  
(sólo si es diferente del anterior)

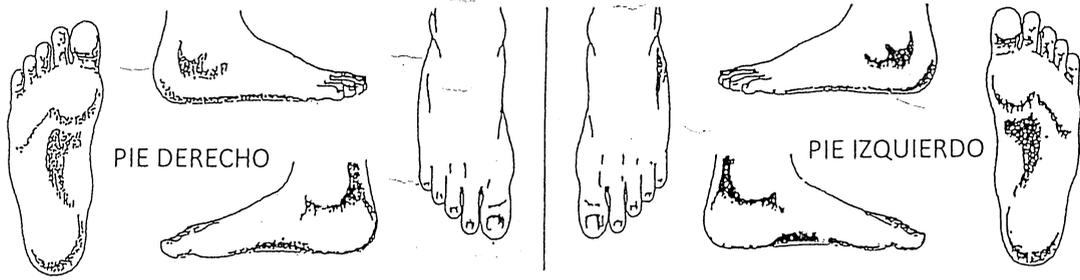
Nombre:		Relación:		Nacimiento:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal

CONTINUA...



ADVANCED FOOT AND ANKLE ASSOCIATES  
DR RUSSELL PENDLETON D.P.M

QUE LO TRAE A NUESTRA OFICINA HOY?

<p>PROBLEMA 1:</p>    <p>CIRCULE TODOS LOS SINTOMAS DE DOLOR QUE LE CORRESPONDA: NO DOLOR DOLOR AGUDO MATE ARDIENTE PUNSAVAS</p>	<p>PROBLEMA 2:</p>    <p>CIRCULE TODOS LOS SINTOMAS DE DOLOR QUE LE CORRESPONDA: NO DOLOR DOLOR AGUDO MATE ARDIENTE PUNSAVAS</p>
<p>ESTADO DE PIE: USE IMAGEN PARA MARCAR UBICACION DE INTERES</p>	
 <p>PIE DERECHO</p> <p>PIE IZQUIERDO</p>	

POR FAVOR VER SI HA SUFRIDO UNO ALGUNA VEZ DE LO SIGUIENTE:  
VER TODO LO QUE LE CORRESPONDA:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> PERDIDA DE MEMORIA        | <input type="radio"/> ENFIZEMA                  | <input type="radio"/> NEUROPATIA                 |
| <input type="radio"/> ANEMIA                    | <input type="radio"/> ULCERAS                   | <input type="radio"/> OSTEOPOROSIS               |
| <input type="radio"/> ANSIEDAD                  | <input type="radio"/> INFECCIONES DEL PIE       | <input type="radio"/> CONVULSIONES/EMBOLIA       |
| <input type="radio"/> ARTRITIS: TIPO _____      | <input type="radio"/> GLAUCOMA/CATARATAS        | <input type="radio"/> ULCERAS EN EL ESTOMAGO     |
| <input type="radio"/> ASMA                      | <input type="radio"/> GOTA                      | <input type="radio"/> HINCHAZON DE PIE O TOBILLO |
| <input type="radio"/> TRASTORNOS DE COAGULACION | <input type="radio"/> ENFERMEDAD CARDIACA       | <input type="radio"/> TIROIDES                   |
| <input type="radio"/> CANCER: TIPO _____        | <input type="radio"/> HEPATITIS: TIPO _____     | <input type="radio"/> TUBERCULOSIS               |
| <input type="radio"/> DEPRESION                 | <input type="radio"/> ALTA PRESION              | <input type="radio"/> EMBARAZADA                 |
| <input type="radio"/> DIABETES                  | <input type="radio"/> COLESTEROL ALTO           | <input type="radio"/> TRASTORNOS DE LA PIEL      |
| <input type="radio"/> DESMAYOS                  | <input type="radio"/> PROBLEMAS DE LOS RIÑONES  |  |
| <input type="radio"/> VIH/SIDA                  | <input type="radio"/> PROBLEMAS DE HIGADO       |  |
| <input type="radio"/> CAMBIO EN PESO O ENERGIA  | <input type="radio"/> PROBLEMAS DE LOS PULMONES |  |

CONTINUA....



ADVANCED FOOT AND ANKLE ASSOCIATES  
DR RUSSELL PENDLETON D.P.M

CIRUGIAS:

FECHA:

- AMPUTACIONES
- REEMPLAZO DE CADERA
- REEMPLAZO DE RODILLA
- CIRUGIA CARDIACA
- PIE (DERECHO) (IZQUIERDO)
- OTRO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMOS:

- PADRE: \_\_\_\_\_
- MADRE: \_\_\_\_\_
- HERMANO: \_\_\_\_\_
- HERMANA: \_\_\_\_\_
- OTRO: \_\_\_\_\_

HISTORIA SOCIAL: ALGUNA VEZ HA UTILIZADO LO SIGUIENTE, CON QUE FRECUENCIA?

CIGARRO/TOBACO:	_____
BEBIDA ALCOLICA:	_____

HISTORIA DE MEDICAMIENTOS: SI TIENE UNA LISTA PUEDE DEJARLA ENTRE ESTOS PAPELES Y NOSOTROS LE HAREMOS UNA COPIA

NOMBRE DE MEDICAMENTO:	CONCENTRACION:	DOSIS:

ALERGIAS A MEDICAMIENTOS: \_\_\_\_\_

\*\* YO O MI GUARDIAN O PADRE LEGAL AUTORIZO A ADVANCED FOOT AND ANKLE ASSOCIATES PARA PROPORCIONAR ASISTENCIA MEDICA CON LOS ESTANDARES DE HOY RAZONABLES.

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DE EL PACIENTE      FECHA

\_\_\_\_\_  
(reviewed&annotated) FIRMA DEL MEDICO

CONTINUA....



ADVANCED FOOT AND ANKLE ASSOCIATES  
Dr. Russell Pendleton D.P.M.

Por favor, lea cuidadosamente, si usted está de acuerdo por favor ponga sus iniciales en cada párrafo y luego firma y fecha en la parte inferior.

### Autorización para divulgar información

\_\_\_\_\_ Yo autorice a Advanced Foot and Ankle Associates a facilitar toda la información médica (incluyendo, pero no limitado a, información sobre el estado psiquiátrico, la anemia de células falciformes, alcoholismo y abuso de drogas y el VIH o las enfermedades transmisibles) solicitada por mi compañía de seguro de salud, Medicare u otros terceros pagadores. Yo autorice a Advanced Foot and Ankle Associates a facilitar toda la información médica referente a mi médico y mi médico primario (familia). Yo autorice a Advanced Foot and Ankle Associates en contacto con mi compañía de seguros o administrador del plan de salud y obtener toda la información financiera pertinente relativa a la cobertura y pago bajo mi póliza. Dirijo la empresa de seguros o administrador del plan para liberar dicha información a Advanced Foot and Ankle Associates.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que estas disposiciones se mantendrán en vigor hasta proporcionar revocación por escrito a Advanced Foot and Ankle Associates.

### Asignación de Beneficios

\_\_\_\_\_ Por la presente cedo a Advanced Foot and Ankle Associates seguros u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de salud proporcionados a mí. Entiendo que Advanced Foot and Ankle Associates tienen el derecho de rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Y estos beneficios no son asignados a Advanced Foot and Ankle Associates, me comprometo a enviar a todos Advanced Foot and Ankle Associates de seguro de salud y otras de pago de terceros que recibo por servicios prestados a mí inmediatamente después de recibirlo.

### Exención de Elegibilidad

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi elegibilidad para la cobertura no podrá ser confirmado en este momento. Deseo recibir servicio médico de Advanced Foot and Ankle Associates. Si se determina que no soy elegible para la cobertura, entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios prestados.

### Resumen Clínico

\_\_\_\_\_ Elijo recibir actualizaciones, resumen clínicos, sólo bajo petición. Vamos a ofrecer actualizaciones de resumen clínicos para que después de cada visita al consultorio y evaluación automáticamente a menos que se indicó anteriormente.

### Liberación de Registros

Por favor complete esta sección con el nombre de cualquier persona que no sea usted mismo que le gustaría obtener acceso a su información médica. Si hay nombres que figuran sólo seremos capaces de hablar con usted acerca de su salud. Por favor considerar si desea a un familiar o amigo que tenga acceso a su información médica.

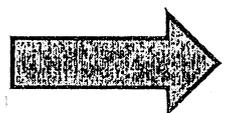
Autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Responsable/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

CONTINUA....



# Advanced Foot and Ankle Associates, PLLC

## POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestros médicos para sus necesidades de cuidado de salud. Estamos comprometidos a proporcionar la mejor atención médica y un tratamiento exitoso. La siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera, que debe leer, estar de acuerdo con, y antes del tratamiento. Nuestra Póliza Financiera se aplica a todos los servicios prestados por nuestros médicos, ya sea hospitalario o ambulatorio. Con el fin de factura del servicio, debemos tener a llenar este formulario, al menos, una vez al año.

### Orientaciones generales de póliza de pago:

- Paciente / guardianes son responsables financieramente de todos los cargos, a pesar de la participación de terceros
- El pago total se debe en el momento del servicio, a menos que se han hecho acuerdos de facturación de seguros anteriores
- Los pacientes con seguro se requiere pagar las obligaciones financieras todos "fuera de su bolsillo" al momento del servicio.
- Aceptamos: Efectivo, Cheque, y las siguientes tarjetas de crédito: Visa/MasterCard/Discover

**Responsabilidades del paciente y Póliza Financieras:** Proporcionar información precisa: Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa acerca de su historial médico, su dirección postal, seguro de salud y otra información de facturación. Si alguna información cambia de nombre, dirección, teléfono, cobertura de seguro, etc. deberá informar a esta práctica inmediatamente. Negaciones de seguros o errores de facturación debido a la información suministrada del paciente darán como resultado la transferencia de saldo de la cuenta a la responsabilidad financiera inmediata del paciente.

**Conozca sus seguros de cobertura, beneficios y requisitos de remisión:** El seguro médico es un contrato entre usted y su plan de seguro médico. Pacientes son responsables de la comprensión de sus seguros de cobertura, beneficios para la salud y los requisitos de referencia para recibir los servicios de diagnóstico y terapéuticos de nuestros médicos. Pacientes son responsables de asegurar los referidos escritos necesarios, autorizaciones previas o pre-certificaciones de su médico de atención primaria o un plan de salud anterior a los servicios prestados. Si no hemos recibido las autorizaciones necesarias antes de su nombramiento, se volverá a programar la cita. Por favor, presente su tarjeta de identificación del seguro a nuestro personal en el registro de cada visita al consultorio.

**Programa de Monitoreo de Prescripción:** Usted permite que su médico tenga acceso a información del programa de monitoreo de la prescripción en el caso de que sea necesario para validar el uso apropiado de sustancias controladas para usos médicos legítimos al mismo tiempo impidan el mal uso, el abuso y la desviación, de las sustancias controladas.

**Pacientes sin seguro médico:** Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro a pagar por los servicios recibidos en su totalidad al momento del servicio, a menos que un acuerdo de pago satisfactorio ha sido arreglado con nuestro gestor de facturación antes de recibir los servicios prestados.

**Pacientes con seguro privado / cobertura de seguro de enfermedad:** Nuestros médicos participan con el programa Medicare, y con CareFirst, Aetna, Cigna y las compañías de seguro TRICARE Standard, vamos a presentar reclamaciones a las compañías de seguros que contratamos, siempre que autoriza la asignación de beneficios a continuación para el pago directamente a nuestra práctica. Para los planes de seguros participante, la práctica se acepta el pago en base a acuerdos contractuales. Para los planes en los que no participamos (no existe un acuerdo contractual) la práctica esperará el pago completo del paciente al momento del servicio. Cualquier cobertura o disputas de pago es un asunto entre el tomador del seguro y la compañía de seguros.

**Acuerdo de pago para el paciente:** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de la participación de terceros. Estoy de acuerdo en pagar el deducible, coaseguro, copago o servicios considerados como "no cubierto" por mi compañía de seguro en el momento del servicio. Si mi seguro no ha pagado por mi cuenta en 75 días, los excelentes servicios serán mi responsabilidad para el pago inmediato (menos Medicare). En caso de cualquier saldo surgir debido a un seguro co-pago, co-seguro, deducibles, la terminación de la cobertura, o la falta de pago en el momento del servicio y / o cualquier otra razón, estoy de acuerdo en pagar todos los cargos dentro de los 30 días de servicios prestados. Entiendo que la falta de pago de los saldos pendientes o hacer arreglos de pago dentro de 90 días dará lugar a la cantidad adeudada se considerará en mora y sujeto a acción legal o cesión a una agencia de cobros. Además, entiendo que la falta de pago de cuentas morosas puede dar lugar a una evaluación cargo financiero del 1,75% al mes / 21% TAE, y el posible despido de la paciente de la atención de las prácticas. Estoy de acuerdo en pagar un cargo por cheque devuelto de \$ 25.00 cada instrumento entregado por mí, pero regresé a esta instalación. Estoy de acuerdo en pagar \$ 5.00 tarifa de facturación de cada pago, incluyendo los co-pagos y co-seguros no en el momento de la visita. Estoy de acuerdo en pagar una cuota por cada cita perdida que no se canceló por adelantado, copias de mis expedientes médicos pueden obtener una notificación por escrito avanzada, de acuerdo con la Regla de Privacidad y el Código de Texas, con un recargo de \$ 10.00 y por carga la página de \$ 0.50 por las primeras 50 páginas y \$ 0.25 por página después de eso, más el costo real asociado con los gastos de envío. Cumplimentación de los formularios especiales tiene cargo mínimo de \$ 10.00 por formulario.

**Autorización y Asignación de Beneficios del Seguro:** Yo permito que una copia de esta autorización y firma para ser utilizado en lugar de la original en todas las presentaciones de reclamación de seguros y por la liberación de los registros médicos y / u otros registros y la información, como se indica en este documento, ya sea manual, electrónica o telefónica. Autorizo a la práctica de solicitar beneficios por los servicios prestados a mí mismo o menor de edad por cualquier póliza de seguros de salud que ofrecen beneficios y que también asigno y autorizo el pago de beneficios de mi compañía de seguros a la práctica (incluyendo los beneficios pagaderos bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y / o cualquier otra agencia gubernamental.) Irrevocablemente autorizo a todos esos pagos a la práctica. Autorizo a la práctica en contacto con el empleador o compañía de seguros con respecto a la información del seguro, la existencia de un seguro y la cobertura de mis beneficios.

Como contraprestación por servicios médicos prestados, reconozco haber recibido la notificación de la política financiera y de acuerdo en pagar por dichos servicios médicos de acuerdo con los términos anteriores. Mi firma abajo indica que he leído y acepto la política anterior.

**Paciente / Persona Responsable / Tutor**

**Fecha**

acabado!!

