



REGISTRO DE PACIENTES

APELLIDO: _____ **PRIMER NOMBRE:** _____ **SEGUNDO NOMBRE:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEXO:** _____ **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ **CARRERA:** _____

ETNIA: HISPANO/LATINO NO HISPANO/LATINO EN DECLIVE **ESTADO CIVIL:** SOLTERO CASADO VIUDO
DIVORCIO SEPARADO

IDIOMA: _____ **SITUACIÓN LABORAL:** EMPLEADO/ DESEMPLEADO/ ESTUDIANTE/ JUBILADO

OCCUPACIÓN: _____ **EMPLEADOR:** _____

❖ **CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS:** DR. REMISIÓN : ¿ Quién ? _____

INTERNET/GOOGLE AMIGOS/SEGURO FAMILIAR MEDIOS SOCIALES OTRO: _____

❖ **INFORMACIÓN DEL CONTACTO**

TELÉFONO DE CASA # _____ **TELÉFONO CELULAR #:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

❖ **INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:**

NOMBRE: _____ **RELACIÓN CON EL PACIENTE:** _____

TELÉFONO #: _____

❖ **ATENCIÓN PRIMARIA/OTRO MÉDICO:**

ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) NOMBRE: _____ **ÚLTIMA VISITA:** _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____

NOMBRE DEL ESPECIALISTA: _____ **ÚLTIMA VISITA:** _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____

❖ **INFORMACIÓN DE FARMACIA:**

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____ **N.º DE TELÉFONO:** _____

UBICACIÓN: (CIUDAD, INTERSECCIÓN) _____ **SE REQUIERE SU TARJETA DE SEGURO E IDENTIFICACIÓN CON FOTO EN EL MOMENTO DE SU VISITA.**

Al firmar a continuación, doy fe de que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa.

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE: _____ **FECHA:** _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY:

REVISIÓN DE SISTEMAS: MARQUE UN CIRCULO CON LAS INICIALES DE SU RESPUESTA(SI O NO)

CONSTITUCIONAL	MUSCULOESQUELÉTICO	NEUROLÓGICO
SENTIRSE ENFERMO S/N	DOLOR LUMBAR S/N	MAREADO S/N
FATIGA S/N	DOLOR EN LAS PIERNAS S/N	DESORIENTADO S/N
PROBLEMA DE PIE	DOLOR EN LOS PIES S/N	PROBLEMAS DE SALDO S / N
ALIVIO CON DESCANSO S/N	DOLOR ARTICULAR S/N	DOLOR DE CABEZA S/N
OJOS Y OÍDOS	DOLOR DE HUESOS S/N	CONVULSIONES S/N
GAFAS/ CONTACTOS S / N	DOLOR/DOLOR MUSCULAR GENERAL S / N	TEMBLORES S/N
DOLOR DE OJO S / N	HINCHAZÓN EN PIERNAS S/N	LOS PIES SE DORMEN CON FRECUENCIA S / N
ZUMBO EN LOS OIDOS S/N	HINCHAZÓN EN ARTICULACIONES S/N	Adormecimiento o ardor en los pies S/N
CARDIOVASCULAR	RIGIDEZ EN ARTICULACIONES S/N	CALAMBRES AL CAMINAR S/N
HINCHAZÓN EN PIERNAS S/N	CAMBIOS EN LA MARCHA (ANDAR) S/N	DOLOR EN LOS PIES EN REPOSO S/N
VENAS VERICOSAS S/N	DIFICULTAD PARA SUBIR ESCALERAS S/N	DOLOR EN LOS PIES, TODO EL TIEMPO S/N
CALAMBRES EN LAS PIERNAS CON REPOSO S/N	PÉRDIDA DE FUERZA EN PIERNAS S/N	DOLOR PUNTUALIZADO EN PIERNAS S/N
CALAMBRES EN LAS PIERNAS AL CAMINAR S/N	RIGIDEZ EN PIERNAS S/N	PARÁLISIS DE PIERNA S/N
PIES FRÍOS S/N	COJA AL CAMINAR S/N	
RESPIRATORIO	INTEGUMENTARIO	PSIQUIÁTRICO
DOLOR DE PECHO S / N	PROBLEMAS DE LA PIEL S/N	ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS S/N
DIFICULTAD PARA RESPIRAR S/N	SENSIBILIDAD AL SOL S/N	DEPRESION S/N
FALTA DE AIRE S/N	ERUPCIONES EN LA PIEL S/N	BIPOLAR S/N
GASTROINTESTINAL	VERRUGAS EN LOS PIES S/N	ANSIEDAD S/N
PÉRDIDA/AUMENTO DEL APETITO S/N	LUNARES, BULTOS O BULTAS S/N	CAMBIOS DE ÁNIMO S/N
ÚLCERAS EN EL ESTÓMAGO S/N	PIEL SECA S/N	BAJO ESTRÉS S/N
Acidez estomacal frecuente S/N	DECOLORACIONES DE LA PIEL S/N	ENDOCRINO
PROBLEMAS DE ESTOMAGO S/N	CALLOS Y CALLOS S/N	PESO PERDIDO/GANADO S / N
HECES CON SANGRE U OSCURA S / N	UÑAS GRUESAS S/N	SED EXCESIVA S/N
GASTRONÓMICO	UÑAS DEFORMADAS S/N	SUDADERAS DE NOCHE S/N
micción frecuente S/N	UÑAS ENTERRAS S/N	GLÁNDULAS HINCHADAS S/N
DOLOR AL ORINAR S/N		A1C: _____ FECHA: _____
ARDOR AL ORINAR S/N		GLUCOSA: _____ FECHA: _____
SANGRE EN ORINA S/N		
PESO:		
ALTURA:		TAMAÑO DEL ZAPATO:

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

HEMATOLOGÍA	HISTORIA MÉDICA PASADA (CONTINUACIÓN)	
MORATONES FÁCILMENTE S / N	CIRUGÍAS ANTERIORES: FECHA/AÑO	
INMUNOLOGÍA	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
HERIDAS DE CURACIÓN LENTA S/N		
EXTREMIDAD BAJA		
DOLOR DE TOBILLO S/N		
PIE DE ATLETA S/N		
JUANEOS S/N	ALERGIAS	MEDICAMENTOS ACTUALES
CALLOS Y CALLOS S/N		
CALAMBRES EN PIERNAS Y PIES S/N		
PIES PLANOS S/N		
DOLOR DE TALÓN S/N		
UÑAS ENCARNADAS S/N		
ADORMECIMIENTO EN PIERNAS Y PIES S/N		
VERRUGAS PLANTARES S/N		
HINCHAZÓN EN TOBILLOS Y PIES S/N	HISTORIA FAMILIAR	
HISTORIA MÉDICA PASADA	PADRE	
ANEMIA S/N	VIVO / FALLECIDO:	
REACCION ANESTESICA S/N	CAUSA:	
ARTRITIS S/N	ENFERMEDAD:	
ASMA S/N	SALUD GENERAL:	
TRASTORNO DE HEMORRAGIA S/N	EXCELENTE / BUENO / REGULAR / POBRE	
CÁNCER: _____		
PROBLEMAS DE CIRCULACIÓN S/N	MADRE	
DIABETES TIPO I O II S/N	VIVO / FALLECIDO:	
CARRERA S/N	CAUSA:	
EPILEPSIA S/N	ENFERMEDAD:	
GOTA S/N	SALUD GENERAL:	
ENFERMEDAD CARDÍACA S/N	EXCELENTE / BUENO / REGULAR / POBRE	
HEPATITIS S/N	ENFERMEDADES FAMILIARES	HISTORIA SOCIAL
PRESIÓN ARTERIAL ALTA S/N	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR S/N	EJERCICIO S/N
COLESTEROL ALTO S/N	ATAQUE AL CORAZÓN S / N	SEXUALMENTE ACTIVO S/N
VIH/SIDA S/N	CARRERA S/N	EMBARAZADA S/N
ENFERMEDAD RENAL S/N	PRESIÓN ARTERIAL ALTA S/N	CONSUMO DE TABACO S/N
PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL S/N	COLESTEROL ELEVADO S/N	USO DE MARIHUANA S/N
TRASTORNOS DE LAS UÑAS S/N	DIABETES S/N	CONSUMO DE DROGAS RECREATIVAS S/N
TRASTORNOS NERVIOSOS S/N	ASMA / FIEBRE DEL HENO S / N	CONSUMO DE ALCOHOL S/N
FLEBITIS S/N	CARDIOPATÍA CONGÉNICA S/N	CAFEÍNA S/N
ENFERMEDAD PULMONAR S/N	GLAUCOMA S/N	
PROBLEMAS DE LA PIEL S/N	OBESIDAD S/N	

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Practice Policies Effective January 11, 2022



PÓLIZA FINANCIERA: Su póliza de seguro es un contrato que existe entre usted y su compañía de seguros. Nuestra relación es con usted, el paciente, y no con la compañía de seguros. Si tiene preguntas sobre su póliza, llame al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro. El paciente o la parte responsable es responsable de pagar su factura en su totalidad.

Infórmenos en cada visita sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro.

COPAGOS : Es un requisito de su compañía de seguros que cobremos su copago y/o coseguro. El pago, si corresponde, se requiere después de cada visita al médico.

DEDUCIBLES Y COASEGURO: Si tiene un plan con deducible alto, podemos cobrar un depósito para aplicarlo a su deducible y coseguro. Cualquier saldo restante después de la presentación a su compañía de seguros es responsabilidad del paciente o de la parte responsable.

AUTO-PAGO : El pago completo se debe al momento del servicio. **Como mínimo, se cobrará una tarifa de examen .** El médico puede recomendar procedimientos/servicios adicionales. Se le informará de estos cargos antes de continuar con el tratamiento.

REFERENCIA: Si su plan de seguro requiere una remisión de su médico de atención primaria, esta se requerirá en el momento de su visita. Sin una referencia disponible, es posible que tengamos que reprogramar su cita.

NO PRESENTACIÓN: Se requiere un aviso de 24 horas para la cancelación de su cita y, de no hacerlo, se le cobrará una tarifa de \$ 50.

CANCELACIÓN DE LA CIRUGÍA: Si no proporciona un aviso de cancelación de **5 días hábiles** antes de la fecha programada de la cirugía, se le cobrará una tarifa de \$ 500.

CARGOS POR SALDO/COBRO: Si el saldo no se cobra dentro de los 30 días a partir de la fecha del matasellos del estado de cuenta enviado por correo, se agregará un cargo de refacturación de \$12 a cada estado de cuenta adicional debido a un saldo pagado de menos. Las cuentas con vencimiento superior a 90 días se entregarán a nuestra agencia de cobranza y se agregará una tarifa administrativa de \$35. Aceptamos efectivo, cheque y todas las principales tarjetas de crédito.

FMLA/DISPACIDAD/REGISTROS MÉDICOS: Las tarifas de los registros médicos son las siguientes: cargo de \$25 por completar los formularios FMLA y de discapacidad, tarifa de \$25 por una copia de sus registros médicos (páginas 1 a 20), más \$0.50 adicionales por página a partir de entonces, \$25 cargo por copias digitales de rayos X en CD, cargo de \$25 por otros formularios médicos solicitados. El franqueo y la entrega corren por cuenta del paciente y también incluirán una tarifa administrativa de \$15.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD : Reconozco que he podido visualizar el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD en la oficina de Dr. David Jenson. También se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este aviso y solicitar restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación de mi información médica personal por parte de la Práctica, o solicitar un tratamiento confidencial adicional de la comunicación entre la Práctica, otros o yo mismo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO : Entiendo que la información que me envíen por correo electrónico y/o mensaje de texto personas de Jenson Foot & Ankle Specialist no se enviará de forma segura y no estará cifrada. Entiendo los riesgos asociados con eso; incluyendo pero no limitado a, mis mensajes pueden ser leídos por un tercero no deseado. He sido notificado de los riesgos. Entiendo dichos riesgos y sigo prefiriendo recibir información de salud protegida por correo electrónico y mensaje de texto según sea conveniente o necesario para cierta comunicación con los miembros del personal. Entiendo que el especialista en pies y tobillos de Jenson y su personal no son responsables de ningún acceso no autorizado a mi información de salud protegida comunicada por correo electrónico y texto sin cifrar. Además entiendo que asumo el riesgo.

DIVULGACIÓN DEL INTERÉS FINANCIERO DEL MÉDICO: El propósito de este aviso de divulgación es informarle que el especialista en pie y tobillo Jenson tiene un interés financiero en Essential Imaging Center, Surgery Center of The Woodlands y Spring Hospital. Tiene derecho por ley a elegir el proveedor de sus servicios de salud. Su médico no lo tratará de manera diferente si elige obtener servicios de imágenes o someterse a una cirugía en otro centro. Le damos la bienvenida como paciente y valoramos nuestra relación con usted.

He leído y comprendo la política financiera, la política de privacidad, la declaración de consentimiento informado y la notificación de divulgación del interés financiero por parte del médico.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____



DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS
(Solo para familiares inmediatos)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Yo, el paciente mencionado anteriormente, doy permiso a la oficina de David Jenson DPM, PA para proporcionar cualquier información relacionada con mis registros médicos, incluidos, entre otros, notas clínicas, radiografías, resultados de laboratorio e información de facturación a los siguientes destinatarios: (si no se permite la divulgación, circule N/A)

N / A

NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

Según Health and Human Services, este comunicado no limita nuestra capacidad de enviar sus registros médicos a entidades cubiertas para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esto incluye, pero no se limita a, información enviada a su farmacia para pedidos de recetas, comunicación con su plan de seguro para el reembolso de cargos, divulgación con la solicitud legal correspondiente.

Para realizar cambios en su liberación, envíe su solicitud por escrito a nuestra oficina. La solicitud de registro puede demorar entre 7 y 10 días hábiles en completarse y puede estar sujeta a una tarifa.

Al firmar a continuación, declara que comprende el aviso de divulgación anterior y ha optado por divulgar, o no divulgar, sus registros médicos de nuestra oficina.

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE: _____ FECHA: _____

Tiene derecho a:

- Recibir información clara y precisa sobre sus derechos y responsabilidades de beneficios, e información sobre todos estos servicios que se le ofrecen.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Tu privacidad.
- Información de salud personal segura y confidencial.
- Involucrarse con el médico y otros profesionales de la salud en el proceso de toma de decisiones con respecto a su atención médica.
- Tenga una conversación clara y abierta con su profesional de atención médica sobre la atención adecuada para su afección, independientemente del costo o si está cubierta por los beneficios de su plan de salud.
- Rechazar el tratamiento y ser informado de las probables consecuencias de sus actos.
- Recibir información para que pueda dar su consentimiento informado y voluntario para participar en la investigación.
- Haga que su tutor, pariente más cercano o persona legalmente autorizada ejerza sus derechos en su nombre si sus condiciones médicas interfieren con su comprensión del ejercicio de sus derechos.
- Recibir consejos o asistencia de manera rápida, cortés y responsable.
- Recibir el nombre de pila de cualquier miembro del personal involucrado en su caso y hablar con su supervisor inmediato si lo desea.
- Hacer una sugerencia o queja escrita o verbal sobre la atención que recibe.

Usted tiene la responsabilidad de :

- Brinde la identificación del paciente y la información médica, lo mejor que pueda, para que su médico pueda atenderlo adecuadamente.
- Siga el plan médico prescrito y las instrucciones de atención médica acordadas con su médico.
- Trabaje con su médico, lo mejor que pueda, para conocer y comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de sus objetivos de tratamiento de atención médica.
- Mantenga sus citas, llame si va a llegar tarde o notifique a la oficina con 24 horas de anticipación para la cancelación.
- Pague cualquier copago, coseguro y deducible aplicable en el momento en que reciba el servicio.
- Comprenda qué medicamentos está tomando y si necesita atención de seguimiento.
- Trate a quienes lo atienden con respeto y cortesía.
- Exprese sus opiniones, inquietudes o quejas de manera constructiva a las personas adecuadas.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:

Al firmar a continuación, reconozco que voluntariamente doy mi consentimiento para el tratamiento médico y los procedimientos que se pueden realizar durante todas las visitas de atención médica, ahora y en el futuro, que se consideren médicamente necesarios para tratar la afección o las afecciones del Dr. David Jenson. . Esto incluye, entre otros, tratamiento médico, fisioterapia, atención quirúrgica, radiografías, pruebas médicas, medicamentos, pruebas de laboratorio y/u otros servicios.

Soy consciente de mis derechos y responsabilidades y doy mi consentimiento para el tratamiento.

Nombre: _____ **Firma:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha:** _____



Responsabilidad del paciente

1. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos por todos y cada uno de los servicios prestados. Esto incluye cualquier visita o servicio médico, examen de rutina, refracción, prueba, servicios de lentes de contacto y cualquier otro examen ordenado por el médico o el personal. Entiendo que si bien mi seguro puede confirmar mis beneficios, la confirmación de los beneficios no es una garantía de pago y que soy responsable de cualquier saldo impago.
2. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene algún deducible, copago, coaseguro, fuera de la red, límite usual y acostumbrado, requisitos de autorización previa o cualquier otro tipo de limitación de beneficios por los servicios que recibo y estoy de acuerdo en hacer el pago completo.
3. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro requiere una remisión de mi médico de atención primaria y que depende de mí obtener la remisión.
4. Entiendo que sin esta remisión, mi seguro no pagará ningún servicio y que seré financieramente responsable de todos los servicios prestados. Acepto informar a la oficina de cualquier cambio en mi cobertura de seguro. Si mi seguro ha cambiado o se cancela en el momento del servicio, acepto que soy financieramente responsable por el saldo en su totalidad. Si soy un paciente de Medicare, entiendo que debo proporcionar a la oficina tanto mi tarjeta de identificación de Medicare como mi tarjeta de identificación secundaria. Si la oficina no tiene la información adecuada para un seguro secundario, no se facturará al secundario. Será mi responsabilidad pagar el saldo y luego presentar un reclamo con la secundaria para el reembolso.
5. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para operaciones de tratamiento, pago y atención médica, y/o según lo exija la ley. Tengo derecho a revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por mí. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación ya realizada en cumplimiento de mi Consentimiento anterior. LLCEA/PS proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Nuestra oficina no hace las reglas. Están determinados por su seguro médico específico o plan de visión.



Estimado paciente,

Se han implementado algunos cambios nuevos en nuestra clínica. Cuando vea a su proveedor, habrá un escriba médico remoto presente escuchando la visita para ayudar a que nuestros registros se completen de manera más eficiente. Esto le permite al proveedor pasar más tiempo con usted y menos tiempo en la computadora. Estamos felices de acomodar a todos los pacientes y su comodidad.

Firme y feche a continuación para dar su consentimiento para que nuestro escribano médico esté presente durante su visita.

Imprimir nombre

Fecha

Firma

