

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (letra de imprenta)**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ N.º DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ GÉNERO:  M  F  \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  DOCTOR \_\_\_\_\_  MEDIA  \_\_\_\_\_  OTRO \_\_\_\_\_

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ÚLTIMA VISTA \_\_\_\_\_

FARMACIA PREFERIDA: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

**Idioma principal** \_\_\_\_\_

**Raza:**  Afroamericano  Asiático  Caucásico  Hispano/latino  Nativo americano  Isleño del Pacífico  Indio  Norteafricano  
 Otro \_\_\_\_\_  Prefiero no responder

**INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE**

(Complete esto solo si el paciente es menor de edad o no puede firmar ellos mismos)

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ N.º DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ GÉNERO:  MASCULINO  FEMENINO

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**PÓLIZA**

**DE SEGURO PRIMARIO**

INS. NOMBRE DEL TRANSPORTADOR: \_\_\_\_\_

INS. ID # \_\_\_\_\_ N.º DE PÓLIZA/GRUPO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del

PRIMARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO:  PROPIO  HIJO

OTRO \_\_\_\_\_  CÓNYUGE

**PÓLIZA DE SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)**

INS. NOMBRE DEL TRANSPORTADOR: \_\_\_\_\_

INS. ID # \_\_\_\_\_ PÓLIZA/GRUPO # \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento

del PRINCIPAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO:  PROPIO  HIJO

OTRO \_\_\_\_\_  CÓNYUGE

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para ser contactado por esta oficina o cualquiera de sus afiliados a través de cualquier medio de contacto que haya proporcionado, o que haya sido proporcionado por alguien que actúe en mi nombre. Algunos medios de contacto pueden resultar en cargos de datos. Entiendo que soy financieramente responsable de los saldos incurridos por mí o cualquier persona por la que tenga responsabilidad legal. Doy mi permiso al médico para administrar y realizar los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico y/o tratamiento de mis extremidades inferiores con mi consentimiento.

Firma del paciente o de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

Enumere aquí cualquier alergia que tenga, incluida la reacción (por ejemplo, penicilina – sarpullido): \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a:  yodo  cintas/adhesivos  metal/níquel  anestésico local (p. ej., lidocaína)  látex

**MEDICAMENTOS (enumere todos los medicamentos y dosis)**

**DIAGNOSTICO MÉDICO E HISTORIAL DE SALUD**

¿Tiene antecedentes de alguna de las siguientes condiciones? Encierre en un círculo **todos los** elementos que se aplican a usted.

Anemia	Ansiedad	Artritis	Asma
Accidente Cerebrovascular sangre o TVP	Asma	Fibrilación Atrial	Dolor
C. Síndrome de dolor regional	EPOC	Cáncer, tipo _____	Colesterol alto
Depresión	CHF	Derrame	Demencia
Edema/hinchazón de piernas	Dermatitis	Diabetes	Diálisis
Glaucoma	Epilepsia	Fibromialgia	ERGE
Ataque cardíaco/IM	Gota	VIH/ SIDA	Dolor
Enfermedad renal	Enfermedad cardíaca	Hepatitis	Hipertensión
Stents Vasculares	Hepatitis	Raynaud's	Osteoporosis
Otro _____	Embolia pulmonar	Artritis Reumatoide	Venas Varicosas

Si es mujer: ¿Es usted actualmente? embarazada o amamantando? **SÍ NO N/A**

**CIRUGÍAS PREVIAS**

¿Alguna vez ha estado expuesto a anestesia general? **SÍ NO**

¿Ha tenido alguna vez un problema con la anestesia? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier cirugía que haya tenido en el pasado, incluidas las fechas: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha realizado alguna prueba o procedimiento en las arterias o venas de las piernas? **SÍ NO**

¿Ha tenido alguna cirugía o colocación de stents en su corazón o en otra parte de su cuerpo? **SÍ NO**

Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, explique: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL SOCIAL**

Uso de tabaco:  Nunca  Anterior  actual \_\_\_\_\_ Años de uso \_\_\_\_\_

Uso de alcohol:  Ninguno  Raro  Ocasional  Moderado  Fuerte

Drogas recreativas  Nunca  Anteriormente  Socialmente  Diariamente Tipo \_\_\_\_\_

Ejercicio:  Inactivo  Ligero  Moderado  Intenso

Ocupación: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Madre Viva Fallecida Historial Médico/Causa de Muerte: \_\_\_\_\_

Padre Vivo Fallecido Historial Médico/Causa de Muerte: \_\_\_\_\_

Hermano(s) Médicomuerte \_\_\_\_\_

**SALUD ACTUAL: REVISIÓN DE SISTEMAS**

¿Cuál es su estado actual?

**Constitucional:**  pérdida  peso  fiebre  fatiga

**Cabeza:**  congestión  pérdida de la audición  dolor de garganta  dificultad para tragar  hemorragia nasal

**Ojos:**  visión borrosa  cataratas  anteojos  glaucoma

**Pecho/corazón:**  dolor de pecho  palpitaciones  dificultad para respirar  tos  dificultad para respirar

**Gastrointestinales:**  náuseas  vómitos  estreñimiento  diarrea  problemas hepáticos

**Musculoesqueléticos:**  las articulaciones  de espalda  dolores musculares  disminución de la fuerza

**Psiquiátricos:**  cambios en el estado de ánimo o el comportamiento  depresión

**Piel:**  erupción cutánea  cambios inusuales en la piel  llagas/lesiones  verrugas  trastornos de la piel

**Neurológicos:**  entumecimiento  hormigueo en las extremidades  debilidad  mareos  problemas de coordinación

**Endocrino:**  diabetes  aumento de la sensibilidad a la temperatura  tiroides hematológicos

:  moretones/sangrado fácil  anemia  anticoagulantes  ganglios linfáticos agrandados

**Inmunológicos/alérgicos:**  enfermedad autoinmune  sarpullido crónico  asma

OTROS: \_\_\_\_\_

**VISITA DE HOY**

¿Cuál es el motivo principal de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuándo notó el problema? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su dolor?  Punzante  Ardor  Dolor  Palpitación  Agudo  Dolor  Sordo  Ocasional  
 Frecuente  Constante  Empeorando  Mejorando  Sin cambios  No Aplicable

¿Cuál es la severidad de su dolor? (muy leve) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (grave, insoportable, intolerable)  N/A

¿Cuál es el momento de su dolor?  inseguro  crónico  abrupto  gradual  recurrente  episódico  n/a

¿Cuándo siente dolor?  Todo el tiempo  por la mañana  por la noche  después de las actividades  durante las actividades  en reposo  otro: \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido este dolor antes?  NO  SÍ

¿Fue esto una lesión? NO SÍ Si la respuesta es SÍ, explique: \_\_\_\_\_

¿Qué hace que el dolor mejore?  nada ayuda  cambio de posición  soporte de peso limitado  medicación  
 hielo  quitarse los zapatos  quitar la presión  inactividad  no aplicable

¿Qué lo empeora?  no puede identificar  caminar  zapatos  presión  soportar peso  no corresponde

¿Ha tenido alguno de los siguientes?  hinchazón  enrojecimiento  calor  inestabilidad  drenaje  fiebre

¿Ha tenido alguno tratamientos para este problema en el pasado?  cirugía  aparatos ortopédicos  inyecciones

imágenes previas (radiografías, resonancias magnéticas, tomografías, etc.)  antibióticos

Otro: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir el Sonoran Foot and Ankle Institute (SFAI). para sus necesidades de cuidado de pies y tobillos. La siguiente política financiera está vigente para ayudarlo con las preguntas relacionadas con su obligación financiera al buscar atención en las ubicaciones de SFAI. Le pedimos que revise y confirme con su firma a continuación.

### **MÉTODOS DE PAGO**

Para su comodidad, las formas de pago aceptables son efectivo, cheque, giro postal, VISA, MasterCard, American Express o tarjetas de débito. Tenga en cuenta: si se devuelve un cheque personal por fondos insuficientes, se agregará un cargo de \$25.00 a su cuenta.

### **FACTURACIÓN DEL SEGURO**

Es su responsabilidad estar al tanto de sus beneficios con su seguro. Es su responsabilidad confirmar que su médico individual es un proveedor bajo su seguro. Presentaremos una reclamación por el pago de los servicios médicos prestados durante su visita a su seguro como cortesía hacia usted. Usted es responsable de cualquier copago o deducible no cubierto por su seguro. **Los pacientes son, en última instancia, financieramente responsables de todos los servicios médicos prestados.** Las reclamaciones de seguros secundarios se presentan como cortesía, y el reembolso impago de estos planes pasa a ser responsabilidad del paciente después de 60 días de falta de pago. ***Si la información de su seguro, copago o cobertura ha cambiado en cualquier momento durante su tratamiento, es su responsabilidad notificar a la oficina con la información más actualizada y actual.***

### **RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Referencias: Es su responsabilidad proporcionarnos cualquier referencia requerida por su seguro.

Copago: Su seguro puede requerir que cobremos su copago asignado en el momento de su cita. Si no tiene o no puede pagar su copago en el momento de su cita, trabaje con nuestro personal para reprogramar su cita en un momento que sea conveniente para usted. Para los pacientes con una póliza de seguro de salud con deducible alto que requieran cirugía, el copago de la cirugía se cobrará en el momento en que se programe la cirugía, ANTES de realizar la cirugía. Si su condición requiere atención médica continua y no puede pagar su copago, nuestra oficina lo ayudará lo mejor que podamos para satisfacer sus necesidades y garantizar que se cumplan sus requisitos de atención médica.

Arreglos de pago: si surge una circunstancia en la que se aprueban los arreglos de pago, el descuento se tomará después de que se reciban todos los pagos. Si no cumple con su acuerdo de pago, su saldo total deberá pagarse de inmediato.

Cancelaciones y citas perdidas: En consideración de su tiempo y el de su médico, nuestra oficina solicita **un AVISO DE 24 HORAS** para cancelar o reprogramar su cita programada. Cualquier cancelación o cita reprogramada que no brinde un aviso de 24 horas se cobrará una tarifa de \$ 25.00 Y se informará a su seguro. Los pacientes que no llamen con anticipación, o que no llamen y no se presenten a sus citas tres veces, serán despedidos de inmediato de SFAI, y el paciente perderá todos los compromisos previos de atención continuada por parte de SFAI en ese momento.

Pago por cuenta propia o Pago en efectivo: Las cuentas de pago por cuenta propia y en efectivo son elegibles para un descuento, que vence antes de cualquier servicio; **NO** se realizan arreglos de pago cuando se han aplicado descuentos.

Cobros: después de que un saldo esté vencido durante 90 días, su información se enviará a una agencia de cobro. Si su cuenta se remite a una agencia de cobranza, usted será responsable de todos los costos adicionales de facturación y cobranza asociados.

### **CONSULTAS SOBRE FACTURACIÓN**

Si tiene alguna pregunta sobre una factura de nuestra oficina, no dude en comunicarse con nuestra oficina durante el horario comercial habitual.

### **RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN**

He leído, comprendo y acepto la política financiera anterior. Independientemente del estado de mi seguro, en última instancia, soy responsable del pago de los servicios profesionales prestados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo de beneficios bajo mi póliza y asignar el pago a esta oficina.

**Firma del paciente o de la persona responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

El dolor de pie y tobillo puede ser difícil de controlar. La mayoría de las condiciones dolorosas de pie y tobillo son a corto, y su médico intentará todos los métodos razonables no quirúrgicos y sin receta para aliviar su dolor, aunque ocasionalmente se requieren medicamentos recetados. El Sonoran Foot and Ankle Institute ha establecido las siguientes pautas para ayudar en la toma de decisiones y proteger la salud del paciente durante el uso de analgésicos recetados.

1. No se recetarán medicamentos para el dolor, a excepción de los antiinflamatorios, antes de intentar métodos alternativos de alivio del dolor para su afección, con las siguientes excepciones: Trauma grave (huesos rotos, lesiones por aplastamiento)
2. Después de la cirugía ambulatoria, los pacientes recibirán medicamentos para el dolor predeterminados durante la visita preoperatoria con su cirujano.
3. Después de la cirugía como paciente hospitalizado, los pacientes recibirán analgésicos al ser dados de alta, según lo determinen sus evaluaciones como pacientes hospitalizados.
4. Los resurtidos de medicamentos para **OPIÁCEOS** se limitarán a **DOS SEMANAS** después de cirugía. En consideración de la atención de seguimiento continua, a menos que exista una complicación quirúrgica, no se recetarán más medicamentos para el dolor controlado.
5. A su discreción, los médicos pueden derivar a los pacientes a una empresa de tratamiento del dolor para un tratamiento prolongado del dolor.
6. Un médico de cobertura puede recetar analgésicos que se determinen adecuados hasta que regrese su cirujano.
7. **No se recetarán analgésicos durante el fin de semana.** Es su responsabilidad verificar sus necesidades médicas y de recetas por adelantado, según corresponda. No se recetarán medicamentos para el dolor después de las 3:00 p. m. los viernes.

**Entiendo y acepto lo siguiente:**

- Proporcionaré sinceramente a mi médico un historial completo y preciso de tratamientos y medicamentos, incluidos registros médicos anteriores, tratamientos anteriores para el dolor, antecedentes psiquiátricos e historial de adicción al alcohol y otras drogas.
- Tomaré mi medicamento según las indicaciones de mi médico y no acapararé, venderé ni compartiré mi medicamento.
- Debido a que el alcohol y las drogas recreativas no deben mezclarse con narcóticos, no los tomaré juntos
- . Informaré a mi médico antes de tomar productos naturopáticos o medicamentos de venta libre.
- No **obtendré** narcóticos de ningún otro médico, incluidos los asociados de mi médico que puedan estar atendiendo sus llamadas.
- Obtendré narcóticos de una farmacia y notificaré a mi médico de cualquier cambio en la farmacia.
- Entiendo que si mi medicamento narcótico se pierde, destruye, roba, etc., mi médico **NO** lo repondrá antes de tiempo.
- Entiendo que mi médico puede compartir información de prescripción con otros proveedores según sea necesario para mi atención continua.
- Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados de cualquier terapia de prescripción.
- **Pacientes mujeres:** afirmo que no estoy embarazada y que notificaré de inmediato a mi médico si planeo quedar embarazada o si lo hago.

**He leído y entiendo completamente este formulario. Entiendo que CUALQUIER incumplimiento de este acuerdo mutuo con respecto a los analgésicos recetados será motivo de cancelación y rechazo de recetas anteriores y futuras. Al negarme a firmar este consentimiento, entiendo que mi médico no me dará recetas para controlar el dolor en NINGÚN momento durante mi parto.**

**Firma del paciente o parte responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_