



Pt's Name: _____ Pt's DOB _____

Formas de Registro para Nino/a (Pacientes menores de 18 años)

Fecha de Hoy: _____

Nombre de la persona llenando las formas

Parentesco con el Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** Hombre Mujer

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo/Viuda

Domicilio: _____ **Apt#:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **C.P.** _____

Paciente vive con: Los Dos Padres Mama Papa Otro: _____

Teléfono de casa #: _____ **Teléfono Celular #:** _____

****Usted da consentimiento de recibir llamadas o textos recordatorios por celular?** Si No

Correo Electrónico: _____

¿A qué miembro adulto de la familia pertenece este correo electrónico? Madre Padre Otro: _____

Nuestra página de web para el paciente permite que usted solicite citas, hacer pagos con tarjeta, intercambiar mensajes seguros con el equipo de atención, etc. ¿Le gustaría tener acceso a nuestro portal para pacientes? Sí, quiero acceso al portal No, quiero acceso al portal

¿A quién le debemos agradecer el haberlo recomendado con nosotros? _____

Médico Familiar o Pediatra: _____ **Fecha de su última visita:** _____

El doctor/a le recomendó que hiciera una cita con nosotros? Si No

Podiatra anterior: _____

Cual fue el motivo de su visita con el Podiatra anterior? _____

Cuál es el motivo de su visita? _____

Cuál es el pie que le molesta? (por favor circule uno): Solo el derecho Solo el izquierdo Derecho e Izquierdo

***Esta condición es relacionada a su trabajo o se lesiono mientras trabajaba?** Si No

SOLO MUJERES: Está embarazada? Si / No **Cuantos meses tiene de embarazo?** _____



Se nos debe proporcionar información y credenciales de TODAS las aseguradoras disponibles para el paciente aun cuando el paciente cuente con Medicare y/o Medicaid. Debemos obedecer los reglamentos que existen en las aseguradoras para terminar cual es el seguro primario. La falta de darnos toda la información del seguro puede dar lugar a que las demandas no sean pagadas.

#1 – SEGURO PRIMARIO:

El seguro es a través de su empleador? NO Si

Nombre de la aseguradora: _____ Empleador: _____

A que nombre está el seguro: _____ Telefono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H / M SSN#: _____

Relación del paciente con el titular del seguro: : Propio Esposo/a Hijo/a Hijastro/a

#2 – SEGURO SECUNDARIO:

El seguro es a través de su empleador? NO Si

Nombre de la aseguradora: _____ Empleador: _____

A que nombre está el seguro: _____ Telefono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H / M SSN#: _____

Relación del paciente con el titular del seguro: : Propio Esposo/a Hijo/a Hijastro/a

#3 – SEGURO TERCARIO:

El seguro es a través de su empleador? NO Si

Nombre de la aseguradora: _____ Empleador: _____

A que nombre está el seguro: _____ Telefono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H / M SSN#: _____

Relación del paciente con el titular del seguro: : Propio Esposo/a Hijo/a Hijastro/a

ASIGNACION Y REVELACION PARA EL RECLAMO A LA ASEGURADORA A MIS COMPANIAS ASEGURADORA:

1. Autorizo la revelación de cualquier información médica necesario para procesar el reclamo a mi compañía aseguradora
2. Autorizo y solicito que se haga el pago de mis beneficios médicos directamente a mis médicos.
3. Estoy de acuerdo que esta autorización cubra todos los servicios recibidos hasta que yo la revoque.
4. Estoy de acuerdo en que se pueda usar una copia de esta forma lugar de la original.

Nombre en molde de la persona firmando las formas

Parentesco con el Paciente

Firma del paciente o Guardián o persona autorizada

Fecha



Por favor circule "No" o "SI" en cada uno de los siguientes:

| | | | | | | |
|---|----|------|---|---|----|--------------------------------|
| Alérgico a algún Medicamentó(s) o Comida(s): | NO | SI > | Si, si, por favor apunte <u>TODOS</u>: | | | |
| DDA o TDAH | NO | SI | | Enfermedad de Riñón | NO | SI |
| Sida/VIH | NO | SI | | Úlcera de pierna o pie (últimamente o historial) | NO | SI |
| Autismo | NO | SI | | Enfermedad de Hígado | NO | SI |
| Desorden Autoinmune | NO | SI > | Que Tipo? | Enfermedad de Pulmón | NO | SI |
| Dolor De Espalda | NO | SI | | Enfermedades Mentales | NO | SI > Que Tipo? |
| Alteración Hemorrágica | NO | SI | | Estafilococo Áureas resistente a la Meticilina <small>[También conocido como: SARM]</small> | NO | SI > Si, si Cuando? |
| Coágulos | NO | SI | | Trasplante de Órganos | NO | SI |
| Cáncer | NO | SI > | Que Tipo? | Osteoporosis | NO | SI |
| Enfermedad Coronaria/Arterial | NO | SI | | Marca Pasos | NO | SI |
| Trombosis | NO | SI | | Enfermedad Vascular Periferia | NO | SI |
| Demencia | NO | SI | | Polio | NO | SI |
| Diabetes | NO | SI > | Si, si: PRE Tipo 1 Tipo 2 | Embolismo Pulmonar | NO | SI |
| Díálisis | NO | SI | | Enfermedad Raynaud's | NO | SI |
| Síndrome de Down | NO | SI | | Artritis Reumática | NO | SI > En Donde? |
| Fibromialgia | NO | SI | | Convulsiones Epilépticas | NO | SI |
| Reflujo Gastroesofágico | NO | SI | | Derrame Cerebral | NO | SI |
| Enfermedad de del Corazón o Infarto | NO | SI | | Tiroide | NO | SI > Si, si: Hipo Híper |
| Hepatitis A-B-C | NO | SI > | Que tipo? A B C | TB - Tuberculosis | NO | SI |
| Alta Presión | NO | SI | | Varices | NO | SI |
| Algún otro padecimiento que no este en la lista? | No | SI > | Si contesto que si por favor proporcione detalles: | | | |

Cirugías Mayores: Por favor proporcione los detalles abajo:

| Operaciones/Cirugías | Fecha/Año | Nombre del medico | Nombre del Hospital |
|-----------------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



CONSENTIMIENTO FINANCIERO: Por favor lea cuidadosamente cada una de las políticas, ponga sus iniciales junto a cada una de ellas y firme abajo

Iniciales

Acuerdo de tratamiento

_____ Me comprometo a cooperar completamente con mi médico ya sea quirúrgica o no quirúrgicamente. Entiendo que si no sigo las instrucciones de mi doctor concernientes a mi cuidado y tratamiento Incluyendo la terapia física o medicamentos, el resultado de mi cuidado y tratamiento podría Ponerse en riesgo y los resultados podrían no ser los óptimos.

Revelación de Información

_____ Para el propósito del pago, autorizo a Charles Pittle, DPM, PLLC a revelar mi Información Privada de salud a una o a todas mis compañías aseguradoras, y/o a terceros involucrados en la revisión de mi reclamo hasta que el reclamo sea resuelto. Para el propósito del tratamiento, también autorizo al consultorio mencionado arriba a revelar mi información o contactar a uno a todos los médicos involucrados en mi tratamiento.

Acuse de Recibo de Notificación de Practicas Privadas

_____ Recibí una copia la Notificación de Practicas Privadas (HIPAA), la cual he leído (o he tenido la oportunidad de leer) y me doy por enterado. Los (HIPAA) derechos de **Charles Pittle, DPM, PLLC** también se encuentran a la vista en el lobby y en www.charlespittedpm.com.

Política Financiera

_____ Deberá proporcionar (direcciones, números de teléfono, etc.) personales, y/o cambios en su Seguro médico (compañía aseguradora, números de póliza, etc.) a esta oficina cuando menos 2 Días antes de su cita. En el caso de no haber avisado a la oficina, usted será responsable de los Cargos que hayan sido rechazados por su aseguradora.

Financial Policy

_____ Deberá presentar una tarjeta de seguro vigente de TODAS las aseguradoras en cada una de sus visitas. Si usted tiene Medicare y/o Medicaid y seguro de su empleador, por ley requerimos que nos proporcione las dos.

_____ **Usted será responsable por todas las autorizaciones/recomendaciones/pre-certificaciones con los doctores de Charles Pittle, DPM, PLLC.** Si no está seguro de que es lo que necesita presentar, por favor contacte a su compañía de seguros antes de su cita.

_____ **La porción del pago que usted debe cubrir por TODOS los servicios se deberá pagar al momento de recibir el servicio.** Aceptamos VISA, MasterCard, Discover, American Express, Ordenes de Pago, efectivo y cheques personales.

_____ Su Póliza de seguros es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Como una cortesía nosotros haremos el reclamo en su nombre para asignar los beneficios. Usted está aceptando que su compañía de seguros le pague al doctor directamente. Si su compañía de seguros no le paga al consultorio en un transcurso de 60 días, el paciente o guardián al cuidado de un menor, será responsable por el pago de los servicios.

_____ **Si su reclamo no es pagado porque usted no nos proporcionó la información vigente y correcta de su compañía aseguradora, pagar el saldo será totalmente su responsabilidad.**

_____ Hemos hecho arreglos con aseguradoras y otras compañías de salud para aceptar sus beneficios. Le cobraremos a esas compañías con las que tenemos un acuerdo y usted deberá pagar el co-pago/co-aseguro/deducible al momento de recibir el servicio. La parte que usted deberá pagar será calculada basada en los beneficios/límites de su compañía aseguradora y nuestra cuota negociada en el acuerdo con su compañía aseguradora. Si usted está viendo a nuestros doctores sin contar con un seguro entonces será sujeto a las tarifas regulares.

_____ No todos los servicios son un beneficio "cubierto" por las políticas de su compañía aseguradora; algunos planes inclusive imponen un tiempo de espera antes de cubrir ciertos servicios. En el evento de que su plan de salud determine un servicio como "no cubierto/pre-existente" o no le den la autorización, usted será el responsable por todos los cargos. Trataremos de verificar sus beneficios para algunos servicios especializados; sin embargo, usted seguirá siendo el responsable por los cargos de cualquier servicio que haya recibido. **Le sugerimos a los pacientes que antes de que se les proporcionen los servicios contacten a sus planes de salud para clarificar los beneficios.**



CONSENTIMIENTO FINANCIERO (continuación): Por favor lea cuidadosamente cada una de las políticas, ponga sus iniciales junto a cada una de ellas y firme abajo
Iniciales

- _____ **Dese por enterado que nosotros no cobramos al plan de compensación de trabajadores.** Tampoco podemos cobrar a seguros particulares o Medicaid y Medicare por sus lesiones de trabajo o lesiones causadas en el trabajo. Si su lesión fue por causa de trabajo o se lesiono en el trabajo usted será responsable por todos los cobros relacionados a esa condición.
- _____ **Procedimientos quirúrgicos Pre-programados con anticipación requieren pre-pago/deposito. Su deducible/coaseguro/co-pago para este procedimiento se requiere en la cita pre-operatoria.** Para otros servicios que se le otorguen en el hospital, le mandaremos la cuenta a su plan médico. Cualquier saldo es su responsabilidad.
- _____ Sabemos que problemas financieros temporales podrían afectar el pago a tiempo de su cuenta. Si alguno de estos problemas se presenta, le sugerimos que nos contacte lo más pronto posible para asistirle en el manejo de su cuenta. Cualquier arreglo de pago será acordado por escrito.
- _____ **CUENTAS CON RETRAZO serán sujetas a procedimientos de cobranza** incluyendo al buró de crédito. Todos los gastos y cuotas incluyendo, pero no limitados a gastos de cobranza, gastos de abogados y corte serán su responsabilidad además de sumar el saldo que este pendiente en el consultorio.
- _____ Cuentas que no mantengan el estatus financiero de "Buena FE" pueden resultar en la terminación de la relación Doctor-Paciente con el consultorio **Charles Pittle, DPM, PLLC.**
- _____ Existe un cargo de servicio de \$35.00 por todos los cheques ("botados"). En el caso de fondos insuficientes o cuenta cerrada, todos los pagos siguientes deberán hacerse en cualquiera de las otras formas de pago. La Indemnización por un "Robo con cheque" será solicitado directamente por la oficina del Abogado de Distrito. Si más de (1) cheque se devuelve, no aceptaremos ningún cheque adicional y se tendrá que pagar en efectivo o con tarjeta de crédito.
- _____ **Charles Pittle, DPM, PLLC** expide cheques de reembolso dentro de los 90 días después de haber Completado una investigación por el sobrepago de algún servicio.
- _____ **Solamente artículos que NO HAYAN SIDO USADOS y QUE NO SE HAYAN HECHO A LA MEDIDA se podrán regresar dentro de los 3 días siguientes a haberlos recibido. Artículos hechos a la medida NO SON RETORNABLES.**

Citas

- _____ **Le pedimos que por en caso de necesitar cancelar su cita nos avise con 24 horas de anticipación.** El no avisar podría resultar en un cargo a su cuenta de \$25 "NO SE PRESENTO". Si se repiten las cancelaciones o no se presenta a varias citas podría tener como consecuencia que al paciente se le dé de baja del consultorio.
- _____ **Para ayudarnos a cumplir con el horario, solicitamos que TODOS LOS PACIENTES NUEVOS (o cualquier paciente que no haya sido visto en los últimos 3 años o más) lleguen a nuestra oficina AL MENOS 15 minutos ANTES de la hora programada de su cita y no más tarde de la hora de su cita. PACIENTES ESTABLECIDOS, si tiene más de 15 minutos de retraso, es posible que necesitemos reprogramar su cita.** Si es posible, trabajaremos en el horario del mismo día, pero tenga en cuenta que otros pacientes programados pueden ser vistos antes que usted.
- _____ **A los pacientes se les atiende de acuerdo a la hora de su cita. Si usted se presenta más temprano de la hora de su cita, atenderemos a los pacientes que tengan su cita programada antes de que lo podamos atender a usted.**
- _____ Por este medio, asigno el pago de todos los beneficios médicos directamente a Charles Pittle, DPM, PLLC para cubrir cualquiera de los servicios médicos que se me han suministrado. También autorizo que cuando sea necesario para procesar mis reclamos médicos se revele mi información médica. Entiendo completamente que en el caso de que mi compañía aseguradora no pague por los servicios que he recibido, Yo seré responsable por el pago.

Estamos dedicados a proveerle el mejor cuidado y servicio y apreciamos que como parte esencial de su tratamiento, usted entienda perfectamente nuestras políticas. Si tiene alguna pregunta por favor acérquese a las personas de nuestra oficina o a un supervisor.

Nombre en molde de la persona firmando las formas

Parentesco con el Paciente

Firma del paciente o Guardián o persona autorizada

Fecha



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Solicito y autorizo al Dr. Charles Pittle DPM PLLC (Dr. Charles Pittle y Dr. Amy Bodart Especialista de los pies) para que divulgue información médica del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre Completo de SU Doctor, Doctor Primario o Pediatra:

Dirección: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Numero de Fax #: (_____) _____

Envíe copias de los siguientes registros médicos (marqué todos los que correspondan):

___ Registros médicos completos

___ SOLO informe (s) de patología

___ Notas de Consulta de Oficina SOLAMENTE

___ Resultados / informes de laboratorio SOLAMENTE

___ Otro: _____

(Por favor especifica)

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya divulgado información en base a esta autorización.

Entiendo que si la persona o entidad que recibe los registros / información descritos no está sujeta a las regulaciones federales de privacidad u otras leyes, los registros / información pueden volver a divulgarse y dejar de estar protegidos por esas regulaciones.

Entiendo que el proveedor de atención medica no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios sobre si firmo esta autorización. Puedo negarme a firmar esta autorización

Nombre en molde de la persona firmando las formas

Parentesco con el Paciente

Firma del paciente o Guardián o persona autorizada

Fecha



Autorización para Evaluación y/o Tratamiento de un Menor/Paciente no acompañado por un Padre y/o Tutor

Un padre o tutor "DEBE" acompañar a cualquier niño/a menor de 18 años de edad para dar su consentimiento para todo tratamiento médico y/o quirúrgico proveído por el Dr. Charles Pittle o Dr. Amy Bodart .

Por favor llene esta forma si su niño/a va a venir a una cita, para tratamiento o un procedimiento, sin un padre o tutor.

Nombre del paciente menor: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Autorización para que otro individuo acompañe al paciente menor de 18 años de edad.

El consentimiento por escrito es válido por el período de tiempo de : _____ a _____ . (No superior a un año) en el cual un nuevo consentimiento será requerido. Este consentimiento puede ser revocado por mí a cualquier tiempo por escrito.

Yo autorizo _____ , _____ ,
(Nombre complete de persona siendo autorizada) (Parentesco con el paciente)

a dar consentimiento para todo tratamiento médico y/o quirúrgico por el Dr. Charles Pittle y/ Dr. Amy Bodart de parte de mi niño/a mencionado arriba.

El individuo nombrado arriba puede también recibir resultados de exámenes e información adicional pertinente al cuidado y tratamiento de mi niño/a menor.

Yo entiendo que todavía soy financieramente responsable de todos los gastos médicos incurridos por mi niño/a durante estas citas.

Firma del Padre y/o Tutor

Fecha de la Firma

Nombre en letra de molde del Padre y/o Tutor

de Teléfono (en caso de Emergencia)

Este consentimiento es válido por el periodo de tiempo especificado y/o tiene un máximo periodo de tiempo efectivo de (1) año de la fecha de la firma.