



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

Fecha de Hoy: _____

Nombre del la persona llenando las formas

Parentezco 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: _____

Telefono de casa #: _____ **Telefono Celular #:** _____

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

A quien le debemos agradecer el haberlo recomendado con nosotros? _____

Medico Familiar o Pediatra : _____ **Fecha de su ultima visita:** _____

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

Podiatra anterior: _____

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

Cual es el motivo de su visita? _____

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

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

Se nos debera proporcionar toda la informacion 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 determinar cual es el seguro primario. El no proveernos con toda la informacion de sus seguros puede resultar en que los reclamos no sean pagados.

#1 – SEGURO PRIMARIO:

El seguro es atraves de su empleador? ☐ NO ☐ SI

Nombre de Aseguranza: _____ Empleador: _____

A que nombre esta el seguror: _____ Telefono: : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sex: M / H #Seguro Social del Titular del Seguro: _____

Relacion del paciente con el Titular del Seguro: ☐ Propio ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Hijastro/a

#2 – SEGURO SECUNDARIO:

El seguro es atraves de su empleador? ☐ NO ☐ SI

Nombre de Aseguranza: _____ Empleador: _____

A que nombre esta el seguror: _____ Telefono: : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sex: M / H #Seguro Social del Titular del Seguro: _____

Relacion del paciente con el Titular del Seguro: ☐ Propio ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Hijastro/a

#3 – SEGURO TERCARIO:

El seguro es atraves de su empleador? ☐ NO ☐ SI

Nombre de Aseguranza: _____ Empleador: _____

A que nombre esta el seguror: _____ Telefono: : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sex: M / H #Seguro Social del Titular del Seguro: _____

Relacion 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 COMPANIA(S) ASEGURADORA:

1. Autorizo la revelacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar el reclamo a mi compania aseguradora.
2. Autorizo y solicito que se haga el pago de mis beneficios medicos directamente a mis medicos.
3. Estoy de acuerdo que esta autorizacion cubra todos los servicios recibidos hasta que yo la revoque.
4. Estoy de acuerdo en que se pueda usar una copia de esta forma en lugar de la original.

Firma del paciente o Guardian o persona autorizada

Fecha:



Nombre de la Madre: _____ **Telefono:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ **Estado Civil:** C / S / D / V
Direccion: _____ **Apt #:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** : _____
Empleador: _____ **Telefono de Trabajo:** _____
El paciente tiene aseguranza bajo este empleo? ☐ NO ☐ SI

Nombre del Padre: _____ **Telefono:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ **estado Civil:** MC / S / D / V
Direccion: _____ **Apt #:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** : _____
Empleador: _____ **Telefono de Trabajo:** _____
El paciente tiene aseguranza bajo este empleo? ☐ NO ☐ SI

CONTACTO DE EMERGENCIA (que no viva con paciente):

Nombre: _____ **Telefono:** _____
Relacion con el Paciente: _____ **Telefono:** _____

CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

☐ SI, doy mi permiso ☐ NO, no doy mi permiso

A que el **DR. CHARLES PITTLE DPM PLLC** tenga acceso a mi informacion de farmacia electronica para que;

- Revise si el medicamento recetado es cubierto bajo el plan del paciente.
- Descargar el historial de medicamentos recetados por cualquier doctor .

MEDICAMENTOS DE PACIENTE

Por favor escribe TODOS los medicamentos o suplementos que esta tomando: _____

Por favor **circule** “Si” or “No” en cada uno de los siguientes:

Allergico a algun medicamento(s)	NO	SI	Si si, por favor apunte <u>todos</u> :				
SIDA/VIH	NO	SI		Enfermedad de Riñon	NO	SI	
Dolor de Espalda	NO	SI		Ulcera de pierna o pie (ultimamente o historial)	NO	SI	
Alteracion Hemorragica	NO	SI		Enfermedad de Hgado	NO	SI	
Coagulos	NO	SI		Enfermedad de Pulmon	NO	SI	
Cancer	NO	SI	Que tipo?	Transplante de organos	NO	SI	
Enfermedad Coronaria/arterial	NO	SI		Osteoporosis	NO	SI	
Trombosis	NO	SI		Marca Pasos	NO	SI	
Demencia	NO	SI		Enfermedad Vascular Periferia	NO	SI	
Diabetes	NO	SI	Si, si: Tipo 1 Tipo 2	Polio	NO	SI	
Dialisis	NO	SI		Embolismo pulmonar	NO	SI	
Sindrome de Down	NO	SI		Enfermedad Raynaud's	NO	SI	
Fibromialgia	NO	SI		Artritis Reumatica	NO	SI	En Donde?
Deformidad de los pies	NO	SI		Convulsiones Epilepticas	NO	SI	
Enfermedad del Corazon	NO	SI		Derrame Cerebral	NO	SI	
Hepatitis	NO	SI	Que tipo?: A B C	Tuberculosis	NO	SI	
Alta Presion	NO	SI		Varices	NO	SI	
Algun otro padecimiento que no este en esta lista?	NO	SI	Si contest que si por favor proporcione detalles:				

CIRUGIAS MAYORES: Por favor proporcione los detalles abajo:

Operaciones/Cirugias	Fecha/Ano	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 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.charlespittledpm.com.

Politica 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

- _____ **Procedimientos quirúrgicos Pre-programados con anticipación requieren pre-pago/deposito. Su deducible/co-aseguro/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.
- _____ **En caso de que se presente a su cita con más de 15 minutos de retraso, podríamos solicitarle que reprogramara su cita.** Si nos fuera posible trataríamos de acomodarle dentro del mismo día pero tenga en cuenta que otros pacientes que tengan cita serian atendidos 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.

_____ Fecha: _____
Firma del Paciente o Padre/Guardián (si el paciente es menor de 18) o persona autorizada