

Practica: Health One Podiatry

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: H M Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado SS# _____
E-mail: _____ Nombre de Pareja: _____
Nombre de emergencia: _____ Número de Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono # _____ Cell # _____ Otro número _____
Trabajo: _____ Número de teléfono _____
Dirección de Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Primer Seguro: _____

Seguro Información:

Nombre de identificación: _____ Relación: Cónyuge Hijo Auto Otro
Número de Teléfono: _____ Sexo Masculino Femenino Fecha de Nacimiento / /
Dirección: _____
Número de identificación: _____ Grupo: _____ Trabajo: _____

Seguro Secundario:

Nombre de identificación: _____ Relación Cónyuge Hijo Auto Otro
Número de teléfono: _____ Sexo Hombre Mujer Fecha de Nacimiento / /
Dirección: _____
Número de identificación: _____ Grupo: _____ Trabajo: _____

Cómo te enteraste sobre nuestra oficina? Doctor Internet Guía telefónica Familia Amigo
Otro _____

Cuál es la razón de su visita? _____

Desde cuando tiene la molestia? 1 2 3 4 5 6 7 días semanas meses años

Qué tratamientos ha intentado? _____

Cual es su nivel de dolor (1 no tiene dolor y 10 es terrible) _____

Calidad del dolor es: en llamas siempre sordo agudo punzante hormigueo Otro: _____

Por favor leer y firme

La información anterior es correcta y lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y/o el Personal Médico toda las actualizaciones de la información anterior.

Firma: _____ Fecha: _____

Historia y Física

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia Medico: Alcohólico Trastornos de la sangre Prob. Circulación Musculo esquelético Respiración
 Hígado Apnea del sueño La Gota Alergias Enfermedades del corazón Asma
 Supe de Corazón Estomago Depresión Ansiedad Enfermedad mental Enfermedad renal
 Coagulo de sangre Colesterol alto Presión arterial alta Cáncer Hepatitis
 Neuropatía _____ Enfermedad de la tiroides _____ Diabetes (tipo 1, tipo 2)
 Artritis _____ Otro _____ SIDA CVA
Está embarazada? Si No **Estas amamantando?** Si No Disorders piel Cebar el hogar

Antecedentes Quirúrgicos Nada Apendicetomía Cesarea Angioplastia Derivación Cataratas Colectomía
 Alguna vez has tenido algún procedimiento quirúrgico en el pie o el tobillo o anywhere otra parte del cuerpo? Si No
 En caso afirmativo, bajando por: _____
 Tienes algunas articulaciones artificiales? Si (donde? _____) No Tiene un valve Corazón artificial? Si No

Historia Social

Fuma? Si No En caso afirmativo, cuantas cajetillas al día? 1 2 3 4 5 Por cuánto tiempo? _____
 Bebe alcohol? Si, todo los días (5-7 días en el semana) Si Socialmente No/ Casi nunca
 Abuso de Sustancias: Si, yo tengo un problema en este momento. Por favor especifique: _____
 Si tuve un problema de abuso de sustancias en el pasado. Por favor especifique: _____
 Nunca he tenido un problema de abuso de sustancias
 Cual es su trabajo? _____ Afecta a la mayoría de pie o sentado
 Usted hace ejerció periódicamente? No hace ejercicio periódicamente Si hace ejercicio periódicamente

Historia de Familia Hay algún pariente consanguíneo con la siguiente historia clínica (Por favor especifique quien):

<input type="checkbox"/> Alzheimer _____	<input type="checkbox"/> Depresión _____
<input type="checkbox"/> Artritis _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación _____	<input type="checkbox"/> Enfisema _____
<input type="checkbox"/> Coagulo de Sangre _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón _____
<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial Alta _____
<input type="checkbox"/> Las Cataratas _____	<input type="checkbox"/> Neurológica _____
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación _____	<input type="checkbox"/> Golpes _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Revisión de los Sistemas (Marque la casilla si actualmente tiene alguno de los síntomas o el checó "Ninguno")

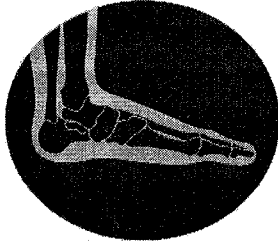
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> dolor en las piernas cuando caminar <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> presión de dolor en el pecho <input type="checkbox"/> inflamación de las piernas
	<input type="checkbox"/> manos o pies fríos <input type="checkbox"/> desmayos <input type="checkbox"/> palpaciones <input type="checkbox"/> enfermedad vascular <input type="checkbox"/> problema en las válvulas <input type="checkbox"/> Ninguno
Genitourinario	<input type="checkbox"/> sangre en la orina <input type="checkbox"/> vacilación <input type="checkbox"/> incontinencia <input type="checkbox"/> aumento de la urgencia
	<input type="checkbox"/> disminución de la frecuencia <input type="checkbox"/> micción excesiva <input type="checkbox"/> enfermedad renal <input type="checkbox"/> cálculos renales <input type="checkbox"/> Ninguno
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> hinchazón estomacal <input type="checkbox"/> sangre en las heces <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> úlceras <input type="checkbox"/> estreñimiento
	<input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> dificultad para tragar <input type="checkbox"/> apite disminución <input type="checkbox"/> aumento del apetito <input type="checkbox"/> Ninguno
Tegumentario	<input type="checkbox"/> hongos en los pies <input type="checkbox"/> anomalías de las uñas <input type="checkbox"/> quemaduras <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> piel seca y escamosa <input type="checkbox"/> Ninguno
Hematológica	<input type="checkbox"/> úlceras inferior de la pierna <input type="checkbox"/> células falciformes <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> anticoagulantes <input type="checkbox"/> trastornos de la coagulación
	<input type="checkbox"/> Ninguno
Neurológica	<input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> convulsiones <input type="checkbox"/> entumecimiento <input type="checkbox"/> dolores de cabeza <input type="checkbox"/> temblores <input type="checkbox"/> parálisis
	<input type="checkbox"/> Ninguno
Musculo esqueléticos	<input type="checkbox"/> dolor de espalda <input type="checkbox"/> hinchazón de las articulaciones <input type="checkbox"/> debilidad muscular <input type="checkbox"/> dolor muscular <input type="checkbox"/> dolor de cuello
	<input type="checkbox"/> la ciática <input type="checkbox"/> rigidez de las articulaciones <input type="checkbox"/> dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> inestabilidad de la articulación <input type="checkbox"/> artritis
	<input type="checkbox"/> Ninguno
Respiratoria	<input type="checkbox"/> dolor en el pecho <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> ronquidos <input type="checkbox"/> enfisema <input type="checkbox"/> Ninguno

Por Favor Leer y Firma

La información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, soy responsable de notificar al médico y/o el Personal médicos todas las actualizaciones de la información anterior.

Firma: _____

Fecha: _____



Health One
PODIATRY

2808 N. 5th Street Highway
Reading, PA 19605
610.921.8800 Phone
610.929.6942 Fax

Dr. Patricia Mcilrath, DPM

Los siguientes Cargos Están Vigentes

Se aplicará una tarifa de \$ 25.00 por cualquier cita que no se presente. Llame para cancelar las citas al menos 24 horas antes de su cita.

Se aplicará un cargo de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto por falta de pago.

Se cobrará una tarifa de \$ 25.00 por completar los formularios de seguro y discapacidad.

Se evaluarán \$ 10.00 si no se recibe el copago al momento del servicio. Por favor traiga su copago por sus visitas.

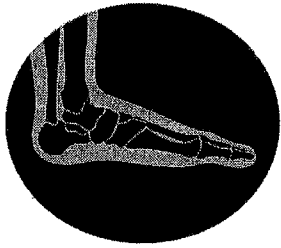
La tarifa por la transferencia de registros médicos sigue las pautas estatales actuales establecidas en la Ley 26.

Para cualquier cuenta pendiente que requiera la asistencia de una agencia de cobranza, los pacientes serán responsables del cargo por servicio de la agencia de cobranza. Cuando se envía una cuenta a la agencia de cobranza, Health One Podiatry ya no proporcionará atención podológica no emergente al paciente hasta que se realice el pago.

Para los registros de pacientes, le proporcionaremos al paciente una copia de su registro médico de hasta 1 año sin costo alguno. Más allá de 1 año de registro médico, habrá un cargo por página.

Firma del paciente

Fecha



Health One
PODIATRY

2808 N. 5th Street Highway
Reading, PA 19605
610.921.8800 Phone
610.929.6942 Fax

Dr. Patricia Mcilrath, DPM

Preferencias de información de privacidad

- ¿Quieres estar exento de cualquier informe público? Sí No
¿Podemos enviar un correo a la dirección en el archivo? Sí No
¿Podemos llamar al número de teléfono en el archivo? Sí No
¿Podemos dejar un mensaje de voz? Sí No
¿Permitirá recordatorios de entrega por Internet como correo electrónico? Sí No
¿Con quién podemos dejar mensajes?
_____ Ninguno _____

Médico de atención primaria (Doctor Primario) _____

Fecha de la última visita al médico de cabecera (ultima fecha que miro doctor)

RECONOCIMIENTO RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

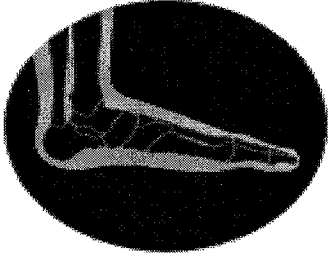
Reconozco que se me proporcionó u ofreció la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído o tuve la oportunidad de leer este aviso si así lo elijo y entiendo

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Padre del representante autorizado

Fecha

Firma



Health One

PODIATRY

Dr Patricia Mcilrath DPM

2808 N. 5th Street Highway
Reading, Pa 19605
610.921.8800 Phone
610.929.6942 Fax

Aviso de prácticas de privacidad

El Aviso de prácticas de privacidad adjunto contiene una descripción detallada de cómo nuestra oficina protegerá su información de salud, sus derechos como paciente y nuestras prácticas comunes al tratar con información de salud del paciente. Consulte ese aviso para obtener más información.

Usos y divulgaciones de información de salud. Usaremos y divulgaremos su información de salud para tratar o ayudar a otros proveedores de atención médica a tratarlo. También usaremos y divulgaremos su información de salud para obtener el pago de nuestros servicios o para permitir a las compañías de seguros procesar reclamos de seguros por los servicios que le brindamos a nosotros u otros proveedores de atención médica. Finalmente, podemos divulgar su información de salud para ciertas actividades operativas limitadas, tales como evaluación de calidad, licencias, acreditación y capacitación de estudiantes.

Usos y divulgaciones basados en su autorización. Excepto como se indica con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito.

Usos y divulgaciones que no requieren su autorización. En las siguientes circunstancias, divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito:

A miembros de la familia o amigos cercanos que participan en su atención médica;

Para ciertos fines de investigación limitada;

Para fines de salud pública y seguridad;

A agencias gubernamentales para fines de sus auditorías, investigaciones y otras actividades de supervisión;

A las autoridades para prevenir el abuso infantil o la violencia doméstica;

A la FDA para informar los déficits o incidentes de productos;

A las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para proteger la seguridad pública o ayudar a detener a los delincuentes;

Cuando lo exijan las órdenes judiciales, las órdenes de detención, las citaciones y lo que la ley exija

Continuación del aviso de prácticas de privacidad

Derechos del paciente

Como nuestro paciente, tiene los siguientes derechos:

Para tener acceso y / o una copia de su información de salud;

Para recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud;

Para solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga su información de salud;

Para solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial;

Para solicitar que modifiquemos su información de salud;

Para recibir un aviso de nuestras prácticas de privacidad

Si tiene alguna pregunta, inquietud o queja con respecto a nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la Dra. Patricia Mcilrath al 302.545.4569.

RECONOCIMIENTO RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me proporcionó u ofreció la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído o tuve la oportunidad de leer este aviso si así lo elijo y entiendo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha Firma