

REGISTRO DEL PACIENTE
(Por Favor, Letra De Molde)

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE:

Mis síntomas del pie son _____

_____ ¿Cuándo empezaron los síntomas? _____

Médico de cabecera _____ Fecha de su última consulta _____

Podiatra _____ Fecha de su última consulta _____

Farmacia (nombre): _____

Dirección of No. Telefónico de la Farmacia: _____

(Si no sabe la dirección, puede usar las dos calles principales)

Anote cualquier enfermedad que tenga al presente o anteriormente:

DIABETES ___ EMBOLIA ___ EPILEPSIA ___ PROBLEMAS DE CORAZÓN ___ ASMA ___ VISICULA ___

FIEBRE REUMÁTICA ___ CÁNCER ___ SIDA ___ IMPLANTES DE METAL ___ CLAUSTROFOBIA ___

COYUNTURAS ARTIFICIALES/ IMPLANTES ___ PRESIÓN ALTA ___ RIÑONES ___ DIALISIS ___

PROBLEMAS ESTOMACAL ___ (Gastrointestinal: Úlceras) ¿Necesita un antibiótico antes de una cirugía? Sí ___ No ___

Otras condiciones médicas no mencionadas arriba: _____

¿Está Embarazada? Sí ___ No ___ Si usted ha dado a luz recientemente ¿Está dando pecho? Sí ___ No ___

Cirugías previas: _____

Medicamentos y vitaminas que está tomando actualmente _____

¿Es **ALERGICO** a un medicamento? No ___ Sí ___ Por favor note _____

¿Usa productos que contienen **TABACCO**? No ___ Sí ___ Cantidad diaria _____

¿Toma bebidas **ALCHOLICAS**? No ___ Sí ___ Cantidad diaria _____

Yo acepto que la información arriba es correcta a la mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha ____/____/____

Other Insurance Inquiry

Patient: _____

Are **you** covered by another health plan besides _____
Primary Insurance Name

Yes No

If yes, you will need to provide our office with a copy of your card.

Name of Insurance Company: _____

Address: _____

Name of insured person: _____ Date of Birth: _____

Policy Number: _____ Effective Date: _____

Termination Date: _____ (if applicable)

Patient Signature

Date

Encuesta de Otro Seguro Medico

Tiene **usted** otro plan de seguro medico aparte de _____
Nombre de aseguranza que es primaria

Si No

Si contesto "Si", usted tiene que proporcionar nuestra oficina con una copia de la tarjeta.

Nombre del seguro medico _____

Direccion _____

Nombre de la persona asegurada _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de póliza _____ Fecha de empiezo _____

Fecha de terminación _____ (Si es aplicable)

Firma del Paciente

Fecha

Neal Marek, DPM
NEVADA FOOT INSTITUTE
4631 E. Charleston Blvd., Las Vegas, NV 89104
3830 W. Ann Road Suite 110 North Las Vegas, NV 89031
(702) 438-2425

CONSENTIMIENTO DE LA CONFORMIDAD DE HIPPA

Somos requeridos por la ley a mantener la privacidad de y proporcionar a individuos con la nota de nuestras prácticas legales de deberes y privacidad con respecto a información protegida de salud.

Entiendo que como parte de mi asistencia médica, **Nevada Foot**, origino y mantiene papel y/o registros electrónicos que describen mi historia de salud, los síntomas, el examen, los resultados del examen, el diagnóstico, el tratamiento, y cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como base para planear mi cuidado y tratamiento, como medios de comunicación a los que contribuyen a mi cuidado, una fuente de información para aplicar el diagnóstico, y para un medio por qué un pagador de terceros puede verificar que el paciente fue tratado por los servicios facturados.

Yo doy mi consentimiento a **Nevada Foot** para pedir, proporcionar, o hablar de mi información o expediente médico con otros profesionales de salud; como médicos primarios, médicos que refieran, los laboratorios, los fisioterapeutas, los farmacéuticos, y otros profesionales de salud relacionado e involucrados con mi cuidado.

Entiendo que tengo el derecho a la restricción del uso o la revelación de mi información, pero **Nevada Foot** no es requerido a concordar a las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escritura, menos hasta el punto que la organización ya haiga tomado medidas en la dependencia sobre eso. Entiendo también que negarme a firmar este consentimiento o revocando este consentimiento, esta organización puede negar el tratamiento como permitido por la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Doy a las personas siguientes consentimiento para el uso o la revelación de mi información de salud.

Individuo: _____ Relación _____

Individuo: _____ Relación _____

Entiendo que parte del tratamiento, operaciones de salud, o pago de esta organización, puede ser necesario revelar mi información a otra entidad, y consiento a tal revelación para ser utilizado incluso vía fax.

La firma debajo es sólo reconocimiento que he leído con cuidado una copia de la Nota de Políticas de Privacidad de Nevada Foot

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Nombré en escrito: _____

Si no es firmado por el paciente, por favor indique la relación al paciente.

La relación: _____ Presenciado por: _____

Neal Marek, DPM
NEVADA FOOT INSTITUTE
4631 E. Charleston Blvd., Las Vegas, NV 89104
3830 W. Ann Road Suite 110 North Las Vegas, NV 89031
(702) 438-2425

Request of Medical Records

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

I, _____, authorize the release of my medical records including x-rays to Nevada Foot Institute, to be sent to the above address or faxed to (702) 453-1962.

Signature

_____/_____/_____
Date

**Illness/ Injury Details
Detalles de Enfermedad/ Accidente**

Please answer the following questions:

Is treatment today for an accident related injury: Yes No

1. WHEN did the illness or injury occur? _____
2. WHERE did the illness or injury occur? _____
3. HOW did the illness or injury occur? _____
4. Do you believe that your illness or injury was work related? Yes No
 If this is work related, did you report the condition to anyone?
 Yes No
 If yes, to whom? _____ Date: _____
5. Do you expect to receive or have you been provided with Workers Compensation Benefits?
 Yes No

(Note: Worker's Compensation is not the same of State Disability)

IF THIS VISIT IS RELATED TO AN INJURY CAUSED AT WORK, YOU WILL BE RESPONSIBLE FOR THIS BILL, IF IT HAS NOT BEEN APPROVED BY YOUR CLAIM ADJUSTOR.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

¿Su consulta de hoy, está relacionada a un accidente? Si No

1. ¿CUANDO ocurrió la enfermedad o accidente? _____
2. ¿DONDE ocurrió la enfermedad o accidente? _____
3. ¿COMO ocurrió la enfermedad o accidente? _____
4. ¿Usted cree que su enfermedad o accidente está relacionado con el trabajo?
 Si No
 ¿Si está relacionada con su trabajo, usted le reporto su condición a alguien?
 Si No
 ¿A quién se lo reporto? _____ Fecha _____
5. ¿Usted espera recibir o ha recibido beneficios de compensación del trabajador?

(Nota: Compensación del trabajador no es igual que la Incapacidad Estatal)

SI SU VISITA HOY ESTA RELACIONADO CON UN ACCIDENTE DE TRABAJO, USTED SERA RESPONSIBLE POR LA VISITA DE HOY AL MENOS QUE SU AJUSTADOR APROBO LA VISITA

Patient Name (Nombre de paciente)

Patient Signature (Firma del paciente)

Insured Name (Nombre de miembro)

Date (Fecha)