

## MUY IMPORTANTE:

### PARA EVITAR SER CARGADO POR CANCELADO O PERDIDO EQUIPO

Con el fin de proporcionar a todos nuestros pacientes el mejor cuidado posible de una manera oportuna, es esencial que mantenga citas perdidas a un mínimo. Cuando las citas se cancelan o se pierden sin previo aviso, no podemos ofrecer ese tiempo a otros pacientes que están ansiosos por ser vistos. Desafortunadamente, la creciente frecuencia de citas canceladas o perdidas sin suficiente aviso ha requerido que implementemos la siguiente política:

### POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS CANCELADAS / PERDIDAS

Si no puede mantener una cita programada, notifique a nuestra oficina con un aviso de 24 horas. Si no puede proporcionar un aviso de 24 horas, esto se considerará un no show y se le cobrará un cargo de \$25. Esta tarifa no es facturable para su seguro y es responsabilidad del paciente.

Como cortesía, se hará todo lo posible para llamar al paciente el día anterior para recordarles su cita; Sin embargo, esto no es una garantía. Por favor, no dude en llamar en cualquier momento para confirmar una cita o para comprobar en una fecha próxima. El número de teléfono de oficina es (209) 525-3150.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

He leído y entiendo los términos enumerados arriba en esta política.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  Mujer  Hombre  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Dirección de facturación: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Tel. de la casa: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Contacto preferido: \_\_\_\_\_  
Idioma Hablado: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: M S D V  
Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:**

**Primaria:** \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
**Secundaria:** \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA PACIENTES DE MEDICARE:** Si se le está tratando por callos, callosidades o cuidado de uñas de rutina, Medicare no considera esto un servicio cubierto a menos que exista una enfermedad sistémica como diabetes o arteriosclerosis y cada visita de rutina tiene que ser de 61 días de diferencia.

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Tel. de la casa: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, LEE Y FIRME:** Yo autorizo al Dr. H. Rand Tolboe, al Dr. Christian R. Tolboe, o al Dr. David E. Paxton a proporcionar a mi compañía de seguros oa Medicare toda la información necesaria con respecto a mi lesión o enfermedad actual. También autorizo el pago de beneficios médicos directamente al Tolboe Foot & Ankle, Inc. por cualquier suministros o servicios médicos prestados. Se entiende que cualquier sobrepago me será reembolsado rápidamente. Yo autorizo al Dr. H. Rand Tolboe, al Dr. Christian R. Tolboe o al Dr. David E. Paxton a realizar un examen, a crear un plan de cuidado con respecto a mi lesión o enfermedad de pie y / o tobillo ya tratar dicha lesión o enfermedad. Una copia de esta autorización será considerada como efectiva y válida como el original.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**CHIEF QUEJAS / ÁREA DE PROBLEMAS:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA: Por favor marque y rellene espacios en blanco según sea necesario**

Peso actual: \_\_\_\_\_ lbs. Altura: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugías en su vida?  Si  No

Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Dr: \_\_\_\_\_

¿Fumas?  Si  No  Antiguo      ¿Masca Tabaco?  Si  No  Antiguo

Si es SI, con qué frecuencia: \_\_\_\_\_ Si ANTERIOR, cuán reciente: \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  Sí  No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Usas drogas ilegales?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué tipo y con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

Alergias a la medicación (NOMBRE Y REACCIÓN): \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico al yodo tópico?  Sí  No      ¿Es usted alérgico al látex?  Sí  No

**Medicamentos Actuales - NOMBRE, DOSIS Y FRECUENCIA:**

---

---

---

---

---

¿Qué farmacia local usa? Nombre: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL MÉDICO:**

¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene (Por favor marque):

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetico        | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñon  | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática        | <input type="checkbox"/> Artritis                     |
| <input type="checkbox"/> Gota             | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre  | <input type="checkbox"/> Epilepsia               | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares         |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis     | <input type="checkbox"/> Carrera             | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca  | <input type="checkbox"/> Ansiedad o Depresion         |
| <input type="checkbox"/> Anemia           | <input type="checkbox"/> Problemas Hepáticos | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer           | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón   | <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea  | <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante           |
| <input type="checkbox"/> Úlceras          | <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas         | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón       |
| <input type="checkbox"/> C. Diff Positivo | <input type="checkbox"/> MRSA Positivo       | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo          | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto              |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia     | <input type="checkbox"/> Otro _____          | <input type="checkbox"/> <b><u>NINGUNA</u></b>   |   |

¿Está sujeto a (Por favor marque):

- Dolor de Espalda     Dolor de Pecho     Dolor de Pie en Reposo     Dificultad para Respirar/falta de Aire  
 Dolor Ardiente     Hinchazón de las Piernas     Calambres en los Pies y Piernas     **NINGUNA**

¿Alguna familia inmediata con antecedentes de (Por favor marque):

- Diabetico     Alta Presion Sanguinea     Artritis     Cáncer     Enfermedad del Corazón     **NINGUNA**

**Consentimiento del Paciente para Divulgar Información**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

(Por favor imprimir)

Doy permiso a la oficina del Tolboe Foot & Ankle, Inc. para ponerse en contacto conmigo usando cualquiera de los siguientes métodos indicados para dar los resultados de las pruebas, discutir la información médica y / o confirmar las citas.

Marque todos los que apliquen:

- Correo
- Llamada Telefónica      ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No
- Teléfono Celular      ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No
- Email

Por favor liste todos los individuos autorizados a los cuales podemos divulgar información de salud.

Nombre(s) y Relación:

---

---

---

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_