

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: _____ Fecha De Nacimiento: _____
He leído y entiendo los términos enumerados arriba en esta política.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

H. Rand Tolboe, DPM
Christian R. Tolboe, DPM, AACFAS, CWS
David Paxton, DPM



1401 Spanos Ct., Suite 104 Modesto, Ca. 95355 Telephone: (209) 525-3150 Fax: (888) 491-3281

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: Casado Soltero Divorciado Viudo
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: _____

PACIENTE MENOR:

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección de Facturación: _____
Nombre de la Parte Responsable: _____ Numero de Telefono: _____

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. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios .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 Responsable/Tutor Legal: _____ 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? Sí No

Tipo de cirugía: _____ Año: _____ Dr: _____

¿Fumas? Sí No Antiguo ¿Masca Tabaco? Sí 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 Cardiac | <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"/> <u>NINGUNA</u> | |

¿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: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(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: _____