



PREMIER FOOT AND ANKLE
SPECIALIST OF TEXAS

Elizabeth Fernandez, DPM

1576 Lomaland Drive
El Paso TX 79935
(915) 995-1650 / (915) 533-5151

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Estado Civil: Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Separado(a)

Telefono de Casa _____ Celular _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Empleador _____ **Ocupación** _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Telefono de su Trabajo _____

Persona Responsable de la Cuenta _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación con el/la paciente _____

A QUIEN PODEMOS DARLE LAS GRACIAS PRO REFERIRLO CON NOSOTROS?

Nombre Contacto de Emergencia _____

Relación _____

Teléfono del contacto de emergencia _____

INFORMACION MEDICA

Bienvenidos a nuestra oficina. Esta información es importante para nuestros medicos y su salud. Asegurase de llenar esta información completa si es posible.

Cuál es el problema principal en el pie o tobillo por la que viene ahora (especifique el izquierdo o el derecho)?

Cualquier otro problema de pie o tobillo que necesite atención:

Ha visto a otro podólogo u otro medico por su(s) condición(es) actual(es)? Si es así, indique el nombre de los médicos y cuándo se realizo la evaluación / tratamiento.

Usa plantillas, aparatos ortopédicos o aparatos ortopédicos personalizados? SI NO

Cuál es su altura? _____ Peso? _____

Cuál es su talla de zapato? _____

Nombre de medico familiar o internista _____

Fecha de la ultima vez que lo vio _____

Nombre de Farmacia _____ **Dirección** _____

Numero de Telefono _____

MEDICAMENTOS

Indique los nombres y la dosis de todos los medicamentos (tanto recetados como venta libre) que este tomando actualmente.

Marque esta casilla si actualmente NO toma ningún medicamento

HISTORIAL MEDICO

Ha tenido alguna enfermedad grave? En caso que si, explique porfavor

Indique si tiene o ha tenido un problema con cualquiera de los siguientes:

Diabetes (tipo) _____ Pulmones _____ Coágulos de sangre _____
Corazón _____ Hígado _____ Riñones _____
Tiroides (tipo) _____ Ulceras Estomacales _____ Flebitis _____
Artritis _____ Cáncer(tipo) _____ Tuberculosis _____
Murmullo _____ Hipertensión _____ Vejiga _____
SIDA/VIH _____ Piel _____ Gota _____ Anemia _____
Psicológico _____ Epilepsia _____
Circulación _____ Soriasis _____
Depresión _____ Fibromialgia _____
Derrame Cerebral _____ Artritis Reumatoide _____
Cholesterol _____

Para las mujeres: Esta usted embarazada o amamantando? SI NO

ALERGIAS

Es alérgico o sensible a alguno de los siguientes (circule porfavor)

Explique la reacción que obtiene a la sustancia ofensiva.

() MARQUE ESTA CASILLA NO TIENE ALERGIAS CONOCIDAS A DROGAS

nicilina Morfina Cinta Sulfa Látex Codeína
Aspirina Neosporin Yodo Betadine Micinas

Otras (por favor liste:

Tiene reacciones adversas a algún metal, joyería o alergia/sensibilidad al níquel?

SI NO

CIRUGIAS: Indique todas las cirugías/procedimientos que se le hayan realizado.
Incluya cuando, donde y qué procedimientos quirúrgicos.

Marque esta casilla si nunca se ha sometido a una cirugía.

Alguna vez ha tenido una reacción o complicación a causa de la anestesia o la cirugía? Si es así indique que reacción/complicación .

Marque esta casilla si NO ha tenido complicaciones por anestesia o. la cirugía.

HISTORIA TRAUMATICA: Alguna vez ha tenido lesiones GRAVES, accidentes o huesos rotos? Si es así, indique cuándo, su tratamiento y el resultado.

HOSPITALIZACIONES: Alguna vez ha sido hospitalizado por algún motivo? Si es así, indique cuando donde y porque motivo. _____

Marque esta casilla si NUNCA ha estado hospitalizado.

HISTORIA FAMILIAR: Indique si alguno de los miembros de su familia tiene o tuvo alguno de los siguientes:

Diabetes Cáncer (tipo) _____ Enfermedad Cardíaca Hipertensión

Problemas en los pies Artritis Reumatoide Soriasis Artritis Gota

HISTORIA SOCIAL

Su ocupación: _____

Tiene hijos? SI NO Indique cuantos : _____

Toma Cafeína? SI NO Indique cuantas tazas al día :

Fuma? SI NO Indique los paquetes al día : _____

Fumo anteriormente? SI NO Cuantos paquetes por día _____

Por cuantos años _____

Año que dejo de fumar _____

Usa tabacco electrónico o tabaco de mascar ? SI NO

Frecuencia/Cantidad _____

Bebe alcohol? SI NO

Como describiría la frecuencia en la que toma? Indique las que apliquen :

Social Ligerio Moderado Intenso Excesivamente Nunca

Usa drogas recreativas / ilícitas? SI NO

Indique cual tipo de droga :

Participa en una programa de deportes o ejercicio? SI NO

Explique que tipo

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posible. Un elemento esencial de su atención y tratamiento es comprender sus responsabilidades financieras. Si tiene alguna pregunta sobre las políticas, discútalas con nuestro gerente de oficina y / o personal de recepción

SEGURO DE SALUD

Estamos contratados con la mayoría de los planes de seguro para aceptar la asignación de beneficios. Nuestra oficina archivara su visita con la compañía de seguros y solo cobrara su copago, deducible y /o coaseguro cuando corresponda. Tenga en cuenta: **Nuestro contrato con su compañía de seguros requiere que cobremos su co-pago en cada visita.**

Si tiene cobertura de seguro con un plan con el que no tenemos un acuerdo previo, el cargo por su atención y tratamiento vence al momento del servicio. **En caso de que su plan de salud determine que un servicio "no esta cubierto", usted será responsable por el cargo completo.** El pago vence al recibir el estado de cuenta de esta oficina.

REFERENCIAS Y AUTORIZACIONES

Es su responsabilidad obtener una referencia y/o autorización valida de su medico de atención primaria cuando así lo requiera su compañía de seguros.

Incapacidad, formularios de seguro, registros médicos y copias de radiografías

Hay un cargo de \$25.00 por formulario, para completar formularios de seguros y discapacidad. Envíelas por correo, fax, o déjelas en la recepción junto con su pago. **Los formularios no se completaran hasta que se reciba el pago.** Por favor, espere al menos 5 al 7 dias hábiles para completar el formulario. **Hay una tarifa de \$25.00 por copias de radiografías y / o registros médicos.**

Política de cancelación

Nuestra oficina hará todo lo posible para confirmar su cita programada, pero en ultima instancia, es su responsabilidad cancelar o reagendar su cita cuando sea necesario. **Nuestra oficina se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$25.00 por no informar a nuestra oficina de la cancelación de la cita 24 horas antes de la cita.**

He leído y entendido las políticas de la oficina y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la practica.

ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS QUE RECIBO. SE ESPERA EL PAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ENTIENDO QUE HABRA UNA TARIFA NSF DE \$30.00 POR CUALQUIER CHEQUE DEVUELTO.

Firma

Fecha

PARA PACIENTES CON COBERTURA DE SEGURO, LEA Y FIRME:

AUTORIZO LA DIVULGACION DE CUALQUIER INFORMACION MEDICA Y SOLICITO QUE LOS BENEFICIOS SEAN PAGADOS DIRECTAMENTE A PREMIER FOOT AND ANKLE SPECIALIST POR LOS SERVICIOS BRINDADOS. ENTIENDO QUE PREMIER FOOT AND ANKLE SPECIALIST ESTA PRESENTANDO MI RECLAMO COMO CORTESIA Y QUE ESTO NO ME LIBERA DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LOS SERVICIOS O SUMUNISTROS NO CUBIERTOS.

FIRMA

FECHA

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

RECONOZCO QUE EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD ESTABA DISPONIBLE Y QUE HE LEIDO (O TENGO LA OPORTUNIDAD DE LEER SI ELIJO) Y ENTIENDO EL AVISO.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA

HIPPA

Entiendo que HIPPA protege mi historia clínica y confidencialidad. Por lo presente doy mi consentimiento para compartir información con respecto a mi atención medica por parte de Premier Foot and Ankle Specialist of Texas con Dr. Elizabeth Fernandez las siguientes personas y / u organizaciones (enumere todas y cada una de las personas a las que da permiso de uso para brindar información sobre su atención, sus resultados de análisis / laboratorio, y / o condición).

Firma del Paciente

Fecha de la Firma

Lea y firme este formulario. Este formulario nos ayudara a recibir el pago por su vista / servicios y nos permitirá comunicarnos con las compañías de seguros.

Cedo el derecho al pago de los beneficios médicos directamente a Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez en consideración por los servicios y suministros médicos que se me brindan de conformidad con mi plan de seguro medico.

En caso de que mi plan de seguro medico se niegue a pagar o los servicios necesarios y razonables desde el punto de vista medico, también cedo todos mis derechos de ERISA a Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez para una revisión de todas y cada una de las reclamaciones denegadas, incluidas las sanciones que pueden imponerse a la compañía de seguros por infracciones en el proceso de reclamos. Esta asignación de ERISA es en consideración por los servicios no remunerados proporcionados, en consideración por mí mismo.

El programa de tarifas reducidas del plan de seguro y en consideración a la disposición continua de Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez para atender a pacientes, incluyéndome a mí, por asignación de seguro. Entiendo que si mi medico tratante prevalece en cualquier disputa de pago, puedo ser responsable de cualquier copago aplicable por los servicios en disputa.

Doy mi consentimiento para divulgar información medica Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez divulgando información medica a otros proveedores de mi atención medica con el propósito de tratamiento cuando sea necesario, para mi atención. Doy mi consentimiento para que Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez envíe toda la información medica necesaria a mi plan de seguro.

*ERISA es un acrónimo de la Ley de Seguridad de ingresos de Jubilación de Empleados. que incluye leyes federales que requieren que las compañías de seguros procesen las reclamaciones de seguro presentadas y las reclamaciones de seguros apeladas (denegadas) de acuerdo con las regulaciones ERISA.

El hecho de no procesar las reclamaciones de seguro presentadas y las reclamaciones de seguro apeladas (denegadas) de acuerdo con las regulaciones de ERISA puede resultar en multas cobradas a la compañía de seguros por montos de hasta \$110.00 por día por cada infracción.

Nombre del paciente en letra de imprenta:

Firma del paciente

Selección De Foro Exclusivo y Acuerdo De Elección De Ley

Al firmar este formulario (el "Acuerdo"), yo, como paciente o representante del paciente, acepto todo lo siguiente en nombre del paciente y de todos los herederos y beneficiarios del paciente:

1. Estoy de acuerdo en que toda la atención medica brindada (o no brindada) al paciente por el especialista, Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez (incluidos todos los empleados, contratistas y representantes) se registrá exclusivamente por la ley de Texas y no la de ningún otro estado o nación extranjera. En ningún caso se aplicara la ley de ningún otro estado o nación extranjera a la atención medica brindada (o no brindada).
2. Acepto que cualquier disputa, demanda, causa de acción y otro reclamo que se relacione de alguna manera con la atención medica brindada (o no brindada) al paciente se presentara solo en un tribunal de Texas en el condado o distrito en el que todos o prácticamente todos los servicios de atención medica se prestaron (o deberían haberse prestado).
3. Estoy de acuerdo en no presentar en los tribunales de ningún otro estado ninguna disputa, demanda causa de acción u otro reclamo que se relacione con la atención medica prestada (o no prestada).
4. Entiendo que este Acuerdo se aplica a todos los reclamos que surjan de o estén relacionados con la atención medica brindada (o no brindada) al paciente por Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez
5. Entiendo que la elección de la ley y las disposiciones de selección de foro de este Acuerdo son obligatorias, no permisivas.

Nombre impreso del Paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del Paciente

Fecha de la Firma

Firma y nombre de la persona que completa el formulario (si no es el paciente)

Relación con el paciente

DIVULGACIONES

De conformidad con la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas en relación con mi consentimiento informado y la elección personal de médicos e instalaciones basadas únicamente en la calidad y seguridad de la atención, la reputación de satisfacción del paciente y mi conocimiento en la toma de decisiones en el ejercicio de mis derechos con respecto a la cobertura dentro o fuera de la red y los costos compartidos, mi(s) medico(s) tratante y / o clínica / centro me lo han informado en el momento del contrato inicial y en el momento de la remisión con respecto a la elección de un medico o centro únicamente en el interés de la calidad y seguridad de mi atención medica. Como resultado de mi consentimiento informado y elección personal de médicos e instalaciones:(A) su afiliación, si la hubiera, con el medico o la instalación para la que se deriva al apaciente y (B) que el/ ella recibirá, directamente o indirectamente, remuneración por referirme a mi solicitud y ejercer mis derechos de libertad de elección para el (los) proveedor(es) y /o centro bajo la cobertura dentro o fuera de la red según lo provisto por mi plan de salud, de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables, Medicare, ERISA, PPAZA y la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas. Las pautas disciplinarias de la junta Medica de Texas consideran que el hecho de que el titular de la licencia no revele un interés de propiedad en las instalaciones de atención medica a las que el titular de la licencia refiere a sus pacientes es un conducta poco profesional, pero no proporciona una guía especifica sobre como los médicos deben hacer tales revelaciones. 22 Código de administración de Texas 190.8(2)(H). La Asociación Medica de Texas también ha expresado sensibilidad a los posibles conflictos de interés de propiedad en las instalaciones de atención medica. (Un) Medico propio y operar un centro de atención medica(es decir, farmacia, centro quirúrgico, etc) si no hay explotación resultante de los pacientes. Además, cualquier remuneración o retorno de la inversión debe basarse en el porcentaje de inversión de capital del medico y no en la utilización, o el volumen o valor de las derivaciones de pacientes a una instalación en particular. No es poco ético que un medico recupere su inversión en una instalación de este tipo y obtenga una tasa de rendimiento razonable (consulte las opiniones actuales de la Asociación Medica de Texas la junta de consejeros. "Propiedad de instalaciones de salud, pagos de incentivos y conflictos de intereses" .2012)

La Asociación ha recomendado que los médicos que tienen intereses de propiedad en instalaciones de atención medica sigan las siguientes pautas: El Medico tiene la obligación ética afirmativa de recelar su propiedad de una instalación de salud a su paciente, antes de la admisión o utilización. Si lo solicita, un medico debe proporcionar al paciente una lista de instalaciones alternativas, si están disponibles, e informar al paciente que tiene las opciones para utilizar una de la instalaciones alternativas.

A continuación, se enumeran las inversiones / propiedad actuales de nuestros médicos o los acuerdos de consultaría en instalaciones o empresas relacionadas con salud:

Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez

Certifico que fui informado de las inversiones / propiedad y / o acuerdos de consultoría de los médicos en las instalaciones relacionadas con la salud mencionadas anteriormente. Se me informo sobre las instalaciones y recursos alternativos efectivos disponibles en el momento de mi toma de decisiones y mi opción de elegir un recurso / instalación alternativo (incluidas las instalaciones dentro y fuera de la red).

Firma de la Paciente

Fecha

Política de oficina

Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez se compromete a servir a nuestros pacientes con profesionalismo y cuidado, y de nuestros pacientes esperamos el mismo compromiso. Esto incluye llegar a tiempo a su cita y llamar para cancelar una cita si no puede asistir. También incluye presentar su tarjeta de identificación y tarjetas de seguro y/o hacer sus pagos de copago o deducible en el momento de su visita al consultorio.

Su responsabilidad es proporcionarnos información precisa y completa sobre su dirección y número de teléfono actuales. Como cortesía, Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez facturara su seguro primario y su seguro secundario por usted.

Para los servicios fuera de nuestra clínica, como radiología laboratorio, centro de cirugía fisioterapia, hospitales y centros de rehabilitación, **es su responsabilidad saber que instalación de utilizar. Si no esta seguro, hable con los servicios para miembros de su seguro.**

Para todos los pacientes de Seguros: Firma del Paciente padre tutor:

autorizo que se realice el pago en mi nombre a Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez, por cualquier servicio que me brinde por mi proveedor. Autorizo a mi proveedor a proporcionar a la Administración de Financiamiento de la Atención Medica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar mis beneficios.

Entiendo que mi firma autoriza que se realice el pago para pagar mi reclamo. Mi firma también autoriza la proporción de la información medica necesaria para pagar mi reclamo. Mi firma también autoriza proporción de los beneficios pagaderos y la información medica necesaria para pagar a cualquier pagador de seguro secundario.

Nombre y Numero del seguro primario del Paciente:

He leído y comprendo las políticas financieras de Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y acepto la responsabilidad de los honorarios de atención medica asociados.

Firma del Paciente Padre / Tutor:

Fecha: _____

Contrato de Responsabilidad Financiera del Paciente

Por Favor lea, ponga sus iniciales en cada espacio en blanco y firma donde se indica: este documento describe sus responsabilidades financieras.

Este es un contrato legalmente vinculante entre Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y usted. Las Palabras, yo , mi, usted y todos ustedes se refieren al paciente.

_____(**iniciales**). Acepto ser financieramente responsable del pago de Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez efectivo o las tarjetas de crédito son formas de pago aceptables para estos servicios.

_____(**iniciales**). Deben presentarse tarjetas de seguro vigentes en cada visita al consultorio. Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez no es responsable de presentar su reclamo de seguro, pero como cortesía lo haremos. Acepto pagar el saldo restante después de que mi seguro haya pagado mi reclamo inmediatamente después de recibir un estado de cuenta.

_____(**iniciales**). Acepto proporcionarle Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez mi información de seguro completa y precisa para los beneficios del seguro primario y secundario, incluidos los documentos de referencia de otros proveedores, si es necesario. **Entiendo que si no doy información completa y precisa sobre los beneficios de mi seguro, esto puede resultar en la denegación de mi reclamo o en una demora en el pago.** Acepto pagarle a Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez el saldo de mi cuenta después de que se haya procesado mi reclamo de seguro.

_____(**iniciales**). Acepto que si el beneficio de mi seguro requiere que proporcione una referencia y si la referencia no esta en su lugar antes de mi cita, pagare por adelantado una estimación de los cargos por mi visita al consultorio o reagendar mi cita.

_____(**iniciales**). **Entiendo que seré responsable por cualquier cita perdida o cualquier cita cancelada en la que no se haya dado un aviso de 24 horas. Habra una penalidad de \$30.00 por cualquier visita al consultorio perdida y \$50.00 por cualquier procedimiento de consultorio perdido.**

_____(**iniciales**). Entiendo que todos los servicios que me brinda Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez se consideran médicamente necesarios; si no me realizo un procedimiento o no cumplo con las instrucciones de mi proveedor, puede ir en contra del consejo medico y puede anular mis beneficios de seguro. Si esto ocurre, acepto pagar el saldo restante de mi cuenta después de que se haya procesado mi seguro.

Por Favor lea, ponga sus iniciales en cada espacio en blanco y firma donde se indica: este documento describe sus responsabilidades financieras.

Este es un contrato legalmente vinculante entre Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y usted. Las Palabras, yo , mí, usted y todos ustedes se refieren al paciente.

_____(**iniciales**) Entiendo que mi seguro puede o no estar de acuerdo con los cargos habituales, acostumbrados o razonables en mi área local.

_____(**iniciales**) Entiendo que mis beneficios pueden no cubrir todos los servicios o pueden negar el pago de los servicios que han sido aprobados por adelantado. Acepto pagar el saldo restante de mi cuenta después de que se haya procesado el seguro.

_____(**iniciales**) Si tengo una póliza de deducible alto o actualmente no tengo beneficios de seguro, acepto pagar un estimado de los cargos por mi visita al consultorio por adelantado y entiendo que pueden aplicarse otros cargos.

_____(**iniciales**) Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez tienen un contrato con mi compañía de seguros. Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez recibirá pagos de mi compañía de seguro por los servicios cubiertos proporcionados por los beneficios de mi seguro. Acepto pagar copagos o deducibles al momento del servicio. Si no se hacen copagos en el momento del servicio, entiendo que mi cita puede ser reagendada .

_____(**iniciales**) Si mi cuenta se vuelve delinciente al no pagar. Puede ser enviada a una agencia de cobranza externa sin previo aviso. Si esto sucede, seré responsable de todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, los intereses, las tarifas de facturación, los honorarios de abogados y los costos de la agencia de cobranza. Cualquier cuenta sin pagar se puede informar a la agencia de crédito : esto no cierra su cuenta y usted sigue siendo responsable del saldo de la cuenta.

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por el presente autorizo el pago directo de los beneficios médicos, incluidos los beneficios médicos a los que tengo derecho a Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez. **Esta es una CESION DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS.** Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la cancele por escrito. Una copia de esta autorización es tan valida como el documento original.

Autorizo la divulgación de cualquier información medica necesaria para obtener el pago y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, recargos por cuenta sin pagar, intereses honorarios de abogados y cargos de cobranza considerados responsabilidad del paciente por mi compañía de seguros.

Entiendo que si no estoy asegurado, soy responsable de los cargos de todos los servicios que se me brindan. Autorizo a Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez a depositar los cheques recibido en mi cuenta cuando estén a mi nombre.

He leído y entiendo las políticas financieras de Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y acepto la responsabilidad del pago de cualquier tarifa asociada con mi atención medica.

Firma del Paciente / Padre/ Tutor:

Fecha: _____

Premier Foot and Ankle Specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez, se compromete a servir a nuestros pacientes con profesionalismo y cuidado, y de nuestros pacientes esperamos el mismo compromiso.