



Podiatry Intake Form

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de

nacimiento: _____

Número de teléfono #: _____

Por favor marque: Cell Casa Trabajo

Correo electrónico: _____

Numero de seguridad social: _____

Estado Civil: Casado Divorciado Soltero

Biological Sex: Hombre

Mujer

Primario Seguro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Numero de póliza de seguro: _____

Numero de grupo de seguro: _____

Si usted no es el titular principal del seguro, ¿cuál es el NOMBRE COMPLETO del titular de la póliza de seguro? _____

Fecha de nacimiento del titular del seguro principal: _____

Número de seguridad social del titular de la tarjeta principal: _____

Cuál es el monto de CoPay para una visita a la oficina del especialista? _____

Secundario Seguro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Numero de póliza de seguro: _____

Numero de grupo de seguro: _____

Si usted no es el titular principal del seguro, ¿cuál es el NOMBRE COMPLETO del titular de la póliza de seguro? _____

Fecha de nacimiento del titular del seguro principal: _____

Número de seguridad social del titular de la tarjeta principal: _____

Quién es tu médico de atención primaria? _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Cuándo fue la última vez que vio a su médico de atención primaria? _____

Haga una lista de otros médicos de los que depende para su atención médica:

Qué farmacia usa? (Nombre y ubicación): _____

Teléfono: _____

Nombre / dirección / número/ relación de teléfono de su contacto de emergencia:

Cuál es el motivo de su visita hoy?

Altura: _____ Peso: _____

¿Fuma? (por favor marque uno)

Nunca Fumado	Sí, yo fumo	No
Recientemente dejó de fumar	Dejar de fumar hace años	Socialmente

¿Usas tabaco de mascar? Sí No

¿Bebes bebidas alcohólicas? Diario Semanal Mensual Nunca

¿Usas drogas recreativas? Diario Semanal Mensual Nunca

Si usa drogas recreativas, ¿qué medicamentos usa?

Cuéntenos acerca de SU historial médico (marque con un círculo todo lo que aplique):

None	Alzheimer's	Asthma / Lung Disease	Back / Neck Pain
Cancer	Chest Pain / Heart Attack	Chronic Skin Infection	Clotting Disorders
Congestive Heart Failure	Depression	Diabetes: Type 1 or Type 2	Fibromyalgia
Gout	Hepatitis	High Blood Pressure	HIV / AIDS
Kidney Disease	Liver Disease	Osteoporosis	Parkinson's
Phlebitis	Stroke / TIA	Tuberculosis	Vascular Disease
Unexplained Weight Loss			

Enumere cualquier otro problema médico que pueda tener:

¿Cuál es su historial médico FAMILIAR (marque con un círculo todos los que correspondan)?

Cancer Diabetes Heart Attack Stroke

Alergias:

No hay alergias conocidas
Iodine

Penicilinas Sulfa Drugs
Shell Fish Nueces Anestesia

Otras Alergias: _____

Describa lo que sucede cuando toma medicamentos a los que es alérgico:

Abrasador Fiebre Vomitando Erupción
Itch / Scratch Urticaria Fatiga Falta de aliento
Náusea

Por favor, enumere sus medicamentos actuales:

¿Estás embarazada o hay una posibilidad de que puedas ser?: Sí No

Según mi leal saber y entender, la información anterior es correcta. Yo, la parte responsable mencionada anteriormente, doy mi permiso a El Paso Feet y Southwest Laser Care y a sus médicos para que administren el tratamiento y realicen los procedimientos que consideren necesarios en el diagnóstico y / o tratamiento de mi afección.

Nombre

Fecha

Firma

Firma de los médicos

Fecha



HIPAA RELEASE FORM

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su protección información médica / personal (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones comerciales (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe nuestros derechos de acceso y control de su información protegida. La información personal y de salud protegida es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgaciones de salud / información personal protegida

Su información médica y de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por nuestro director médico, el personal de nuestra oficina y otras personas externas a nuestra oficina que participan en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica para apoyar las operaciones comerciales de esta oficina, si lo solicita a una compañía financiera para pagar su cuidado y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información personal / de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica / personal protegida, según sea necesario, si, como resultado de nuestros servicios, necesita tratamiento de un médico. Su información protegida de salud / personal puede ser proporcionada a un médico al que ha sido referido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información médica / personal protegida se utilizará, si se solicita, para obtener el pago de sus servicios. Por ejemplo, si desea financiar los costos de sus tratamientos, esto puede implicar la divulgación de información privada protegida relevante para obtener la aprobación.

Healthcare Operations: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica / personal protegida para respaldar las actividades comerciales de esta oficina. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, licencias y la realización o organización de otras actividades comerciales. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre. También podemos llamarte por tu nombre en la sala de espera cuando estemos listos para verte. Podemos usar o divulgar su protección

información de salud / personal, según sea necesario, para contactarlo para recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información médica / personal protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo exige la ley; problemas de salud pública como lo exige la ley, enfermedades transmisibles; supervisión de la salud; abuso o negligencia; Requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos; procedimientos legales; cumplimiento de la ley; forenses, directores de funerarias y donación de órganos; investigación; actividad criminal y seguridad nacional; compensación a los trabajadores; reclusos; usos y divulgaciones requeridos. De conformidad con la ley, debemos divulgarla a usted y, cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para investigar o determinar si cumplimos con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidas y requeridas se realizará solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar a menos que lo exija la ley.

Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que esta oficina haya tomado una medida basándose en el uso o la divulgación que se indica en la autorización.

Tus derechos

A continuación se incluye una declaración de sus derechos con respecto a su información médica / personal protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica / personal

protegida. Conforme a la ley federal, sin embargo, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: información compilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y información médica / personal protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información médica / personal protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica / personal protegida.

Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica / personal protegida para fines de tratamiento u operaciones de atención médica. También puede solicitar que ninguna parte de su información personal o de salud protegida se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, tal como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

No estamos obligados a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si nuestro director médico cree que es lo mejor para usted permitir el uso y la divulgación de su información médica / personal protegida, su información personal y de salud protegida no será restringida. Luego tiene derecho a usar otro proveedor de servicios.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en un lugar alternativo. Tiene derecho a obtener de nosotros una copia en papel de este aviso, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

Es posible que tenga derecho a modificar su información médica / personal protegida.

Si denegamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a nuestra declaración y le brindaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos realizado, si corresponde, de su información médica / personal protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo cualquier cambio. Luego tiene el derecho de objetar o retirar según lo dispuesto en este aviso.

Quejas

Puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su reclamo. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el 5 de agosto de 2014 o antes.

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información personal y de salud protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de cumplimiento de HIPPA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

Firma

Fecha

Nombre impreso