

# Gregory A. King, D.P.M.

Foot & Ankle Specialist

Fecha de hoy:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Estado civil:  Solo/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a Seguro Social #: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Nombre de Esposo/Pareja: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Casa#: \_\_\_\_\_ Cell#: \_\_\_\_\_ Otro#: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección de empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_ Necesita Interprete? \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Medico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Ultima vista: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Referido por el medico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Ultima Visita: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Aseguranza Primaria: \_\_\_\_\_ Tiene aseguranza medica?  Si  No

## Información de aseguranza

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado:  Espos/a  Hijo  Yo mismo  otro

Telefono: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# de poliza : \_\_\_\_\_ Group ID: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

## Aseguranza Secundaria:

### Información de aseguranza

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado:  Espos/a  Hijo  Yo mismo  otro

Telefono: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# de poliza: \_\_\_\_\_ Group ID: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Cual es el motivo de su visita?

Cuanto tiempo le ha molestado?  1  2  3  4  5  6  7  dias  semanas  meses  años

Ha tratado algún tratamiento? Le ha funcionado?

En una escala del 1-10 ( 1 sin dolor y 10 el peor dolor) cual es el nivel de dolor? \_\_\_\_ /10

Sintomas:  Ardor  constante  agudo  urente  palpante  pulsante  hormigueo Otro: \_\_\_\_\_

**Historial Medico:**

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Desorden Hematológico	<input type="checkbox"/> Mala Circulación	<input type="checkbox"/> Problemas Muscoloesqueléticos	<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	
<input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Úlcera Estomacal	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Riñón
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Alto Cholesterol	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 1, tipo 2)	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Neuropatía (especifique)	<input type="checkbox"/> Tiroides (especifique)	<input type="checkbox"/> Artritis (especifique)	<input type="checkbox"/> otro (especifique)	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<b>Are you pregnant?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Estas Amamantando ?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Enfermedades en la piel	<input type="checkbox"/> Infarto

**Historial Quirúrgico**  Nada  Appendicectomía  Cesaria  Angioplastia  Bypass  Cataratas  Colesciscetomía

Ha tenido algún procedimiento quirúrgico en los tobillos/pies oh en alguna otra parte del cuerpo?  Si  No

Si la respuesta es si porfavor describa la cirugía : \_\_\_\_\_

Tiene alguna coyuntura artificial?  Si (donde? \_\_\_\_\_)  No Tiene alguna válvula cardiaca artificial?  Si  No

**Social History**

Bebe alcohol?  Si, todos los días (5-7 days/week)  Si, en ocasiones  No, rara la ves

Abuso de Substancias:  Si, actualmente tengo un problema con abuso de substancia. Porfavor especifique: \_\_\_\_\_

Si, en el pasado tuve un problema con el abuso de substancias . Porfavor especifique: \_\_\_\_\_

No, nunca he tenido ningún problema con el abuso de substancias.

Cual es su ocupación? \_\_\_\_\_ la mayor parte del tiempo esta usted  parado oh  sentado

Hace ejercicio regularmente?  No  Si, ago el siguiente ejercicio: \_\_\_\_\_

**Historial familiar (esto incluye toda familia de sangre) :** (Porfavor indique el miembro de familia)

<input type="checkbox"/> Alzheimer's	_____	<input type="checkbox"/> Depression	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Desorden hematológico	_____	<input type="checkbox"/> Emphysema	_____
<input type="checkbox"/> Coágulos Sanguíneos	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedades corazón	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Presión Alta	_____
<input type="checkbox"/> Cataratas	_____	<input type="checkbox"/> Nervios	_____
<input type="checkbox"/> Problemas Circulation	_____	<input type="checkbox"/> Infartos	_____
<input type="checkbox"/> Other (specify):	_____		

**Porfavor leer y firmar:**

La informacion de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender. Tengo entendido que durante mi tratamiento yo soy responsable de notificar al doctor oh personal medico de alum cambio a la informacion escrita aqui arriba.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Review of Systems** ( *Ha tenido usted alguna vez algo de lo siguiente? Marque las casillas que correspondan.* )

<b>Cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/> problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> fiebre	<input type="checkbox"/> dolor de pecho	<input type="checkbox"/> piernas hinchadas	<input type="checkbox"/> NADA	
	<input type="checkbox"/> sufre desmayos	<input type="checkbox"/> palpitaciones	<input type="checkbox"/> enfermedades vasculares	<input type="checkbox"/> pies y manos frías		
<b>Genitourinary</b>	<input type="checkbox"/> sangre en la orina	<input type="checkbox"/> cuesta mucho orinar	<input type="checkbox"/> enfermedad en el riñón	<input type="checkbox"/> piedras en el riñón	<input type="checkbox"/> NADA	
	<input type="checkbox"/> no orina lo suficiente	<input type="checkbox"/> incontinencia	<input type="checkbox"/> va muy frecuentemente			
<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> dolor abdominal	<input type="checkbox"/> acidez	<input type="checkbox"/> sangre en la heces	<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> úlceras	<input type="checkbox"/> estreñimiento
	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> traga con dificultad	<input type="checkbox"/> apetito incrementado	<input type="checkbox"/> poco apetito	<input type="checkbox"/> NADA	
<b>Integumentary</b>	<input type="checkbox"/> pie de atleta	<input type="checkbox"/> anomalías en las uñas	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> piel reseca	<input type="checkbox"/> NADA	
<b>Hematologic</b>	<input type="checkbox"/> úlcera en los pies	<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> toma diluyente de sangre	<input type="checkbox"/> coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/> NADA	
<b>Neurological</b>	<input type="checkbox"/> cosquilleo	<input type="checkbox"/> debilidad	<input type="checkbox"/> dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> adormesimiento	<input type="checkbox"/> epilepsia	<input type="checkbox"/> NADA
	<input type="checkbox"/> calambres	<input type="checkbox"/> parálisis				
<b>Musculoskeletal</b>	<input type="checkbox"/> dolor de espalda	<input type="checkbox"/> coyunturas inchadas	<input type="checkbox"/> debilidad muscular	<input type="checkbox"/> dolor muscular	<input type="checkbox"/> dolor de cuello	<input type="checkbox"/> NADA
	<input type="checkbox"/> sciática	<input type="checkbox"/> coyunturas rígidas	<input type="checkbox"/> dolor en las coyunturas	<input type="checkbox"/> artritis	<input type="checkbox"/> NADA	
<b>Respiratory</b>	<input type="checkbox"/> dolor de pecho	<input type="checkbox"/> sibilancia	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> ronquido fuerte	<input type="checkbox"/> tos	<input type="checkbox"/> NADA
	<input type="checkbox"/> falta de aliento	<input type="checkbox"/> emphysema				

**Status de Fumador**

Todos los días    Nunca he fumado  
 A veces    prefiero no contestar  
 Antes fumaba no he fumado desde hace \_\_\_\_\_

**Signos Vitales**

Presión: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Estatura: \_\_\_\_\_   Peso: \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

No tomo medicamentos  
 Yo tomo las siguientes medicinas:

Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____
Nombre: _____	Dosis _____

Use la parte de atrás de esta hoja si necesita más espacio.

**Alergias**

sin alergias conocidas

	Reacción
<input type="checkbox"/> Penicilina	_____
<input type="checkbox"/> Mariscos	_____
<input type="checkbox"/> Sulfa	_____
<input type="checkbox"/> Cinta Adhesiva	_____
<input type="checkbox"/> Latex	_____
<input type="checkbox"/> Betadine (iodine)	_____
<input type="checkbox"/> Aspirina	_____
<input type="checkbox"/> Tylenol	_____
<input type="checkbox"/> Ibuprofen	_____
<input type="checkbox"/> Codeine	_____
<input type="checkbox"/> Otro (spécifique)	_____

**Por favor lea y firme:**

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no hare responsable a mi doctor ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Póliza de No Asistir

Bienvenido a Gregory A. King DPM. Con el fin de ofrecer el cuidado más eficiente a nuestros pacientes, tenemos que mantener la cancelación y la actividad de “No-Asistir” al mínimo. Con el fin de hacer esto, estamos implementando un cobro por cancelación y por “No-Asistir” que se cobrará al paciente si no se presenta a visitas y/o procedimientos programados.

Citas programadas están reservadas especialmente para usted. Debido al alto número de pacientes que solicitan citas, los tiempos de espera pueden ser largos. Debido a esto, la oficina tiene una baja tolerancia a las citas perdidas que desperdician recursos y evitar que otros pacientes reciban la atención en el tiempo apropiado.

Cuando usted no se presenta a una cita programada, crea un espacio que podría haber sido utilizado para otro paciente. Es muy important que llame por lo menos con un plazo de 24 horas de anticipación para cancelar su cita.

Como cortesía, hacemos todo lo posible para recordar a los pacientes de su cita por teléfono 2-3 días hábiles antes de la fecha de la visita al consultorio. Estas no son las llamadas para confirmar la cita, solo son llamadas para recordar a los pacientes de ella. Es su responsabilidad que nos proporcione con la anticipación adecuada si necesita cancelar una visita al consultorio.

Si una cita es olvidada, cancelada or reprogramada con menos de un aviso por adelantado de 24 horas, entonces se le cobrará \$50.00 por no haber asistido a la cita. La cuota por no asistir a su cita puede ser más de \$50.00, esto se basará de acuerdo al motivo de su visita y las instrucciones de su plan de beneficios.

**La cuota por cancelación y “No-Asistir” son solo la responsabilidad del paciente y debe ser pagada en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.**

Después de tres veces consecutivas, la práctica puede optar por terminar nuestra relación con usted.

Nuestra práctica está firmemente convencida de que la buena relación entre el médico y paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Entendemos que las circunstancias inevitables e especiales pueden haver que usted cancele con menos de 24 horas de anticipación. En este caso, se puede reconsiderar la cuota, pero sólo con la aprobación de la administración.

**Por favor, firme que ha leído, entiende y está de acuerdo con esta póliza.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre (Letra Molde)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente or representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Póliza Financiera del Paciente

Imperial Foot and Ankle Specialists, Inc. se compromete a brindarle la mejor atención posible. Si usted tiene seguro médico estamos comprometidos a ayudarle a recibir los beneficios máximos permitidos. Tenga en cuenta, es una cortesía para facturar su seguro secundario, no es obligatorio por ley. Para lograr estas metas, necesitamos su ayuda en la comprensión de nuestra póliza de pago.

Sin excepción, es la responsabilidad del paciente para pagar su copado y cualquier parte no pagada del deducible en el momento del servicio. Copagos, deducibles adicionales y coaseguro se facturarán al paciente. Todos los pacientes que no tienen seguro deben pagar en su totalidad en el momento se prestan los servicios. Si usted tiene un deducible, se requiere que dejar una tarjeta de crédito en el archivo o abrir una cuenta con Care Credit. Si usted no tiene una tarjeta de crédito en el momento de la visita y el deducible no se ha cumplido, se le requiere para pagar la visita al consultorio/procedimiento en su totalidad en el momento del servicio.

En el caso de un pago en exceso, todos los reembolsos serán procesados dentro de 6-8 semanas después del pago en exceso es descubierto en la cuenta del paciente o en el moment en que se solicitó el reembolso. Si usted hizo un pago parcial o realizo un pago en su totalidad, no se reembolsara hasta que se reciba el pago completo de su compañía de seguros.

Cuando su parte de los gastos totales sean \$99.00 o menos y excedan 60 días o más, serán automáticamente cargados a su cuenta. Si sus cargos son de \$100.00 o más, serán cargados automáticamente a su cuenta sin un retraso en los días numerados.

Se le cobrara \$25.00 por cheque devuelto, estos cargos estarán sujetos a derechos de cobro adicionales y tasa de interés de 1.5% por mes.

En cualquier momento durante su tratamiento inelegible para la cobertura del seguro; que necesita para notificar a esta oficina inmediatamente. Todos los cargos después de la cobertura del seguro se termina será su responsabilidad.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

---

**Circule el tipo de tarjeta:**

**Visa    Mastercard    Discover    American Express    Care Credit**

**Numero de Tarjeta:** \_\_\_\_\_ **Expira:** \_\_\_\_\_

**Estaremos encantados de discutir su tratamiento propuesto y responder a cualquier pregunta relacionada con su seguro.**

**Nombre en la Tarjeta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

# **Póliza de No Asistir**