

# Cherry Creek Foot & Ankle Clinic

Dr. Florin Costache D.P.M, Dr. Lorry A. Melnick, D.P.M

Diplomate, American Board of Foot & Ankle Surgery

<b>Information de Paciente</b>  Fecha: _____ Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Casado: _____ Divorciado: _____ Soltero: _____ Viudo: _____ Nombre de Pareja: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de Celular: _____ Mejor tiempo para contactarlo: _____  <b>En caso de Emergencia, Contactar a</b> Nombre: _____ Relación a usted: _____ Numero de teléfono: _____  Como se enteró de nuestra oficina: _____ _____	<b>Historia Podológica</b>  Cuál es la queja principal por la que vino a ser tratado y cuándo comenzó el problema? _____ _____  Duración del dolor: _____ <b>Dolor:</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Altura: _____ Peso: _____ Tamaño del zapato _____  <b>Hay algún historial personal de diabetes?</b> _____ Tu ocupación _____ Cuántas horas pasas en tus pies? _____ Consumo de tabaco / cigarrillo? _____ Puedes encontrar zapatos cómodos? Si No  <b>Indique qué problemas de pie tiene o ha tenido en el pasado</b> Dolor en el tobillo _____ Juanetes _____ Pie de atleta _____ Pie plano _____ Verrugas _____ Callos y callosidades _____ Dolor en el talón _____ Uñas en el dedo del pie _____ Calambres o entumecimiento _____ Hinchazón _____ Pies cansados _____ Historia de Trauma en los pies: _____ _____
--	--

**Medicaciones (prescripción, medicamentos de venta libre)**

**Nombre de farmacia**

	Nombre:
	Numero:

**Por favor, enumere las cirugías que haya tenido:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Quién es tu médico de familia?** \_\_\_\_\_ **Ultima Visita:** \_\_\_\_\_

**\*Notas de doctores:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Cherry Creek Foot & Ankle Clinic

Dr. Florin Costache D.P.M, Dr. Lorry A. Melnick, D.P.M

Diplomate, American Board of Foot & Ankle Surgery

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
SIDA / VIH			Epilepsia			Hinchazón en tobillos, pies		
Alergias a los anestésicos			Problema de ojo			Pies cansados		
Alergias a medicamentos o drogas			Desmayo			Turberculosis		
Anemia			Calambres en las piernas			Úlcera		
Angina			Gota			Venas varicosas		
Artritis			Dolores de cabeza			Wight pérdida / ganancia		
Artificial corazón velves o articulaciones			Enfermedad del corazón			<b>ALLERGIAS</b>		
Asma			Hepatitis			Cinta adhesiva		
Problemas de espalda			Alta presion sanguinea			Aspirina		
Trastornos hemorrágicos			Problemas de riñon			Terapia anticoagulante		
Cáncer			Enfermedad del hígado			Codeína		
Dependencia química			Presión arterial baja			Demerol		
Dolor de pecho			Neuropatía			Yodo		
Diarrea crónica			Tratamiento de fraccionamiento			Novocaína		
Problemas circulatorios			Erupción			Anestésicos locales		
Diabetes			Dieta especial			Penicilina		
Problemas de oído			Trazo			Mariscos		
						Solfa		

## Consentimiento de Tratamiento

Por la presente doy mi consentimiento para dar mi permiso al Dr. Costache / Dr. Melnick y al personal para que me administren y realicen los procedimientos que el médico considere necesarios.

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

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

### Aseguranza

**Quien es responsable:** \_\_\_\_\_ **Relación al paciente :** \_\_\_\_\_

**Nombre de Aseguranza:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_

**Member I.d #:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**SSN#:** \_\_\_\_\_

### Descargo de seguros

"Una cita de beneficios y / o autorización no garantiza el pago o la elegibilidad de vedad. El pago de beneficios está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contacto de seguro del miembro en el momento del servicio".

### Responsabilidad de seguro de pagos:

Su compañía de seguro médico solo pagará por los servicios que determine que son "razonables y necesarios". La oficina hará todo lo posible para que todos los servicios y procedimientos sean autorizados previamente por su compañía de seguros de salud, cuando se requiera autorización previa. Si su compañía de seguros de salud rechaza que un servicio particular no esté incluido en su plan de seguro de salud, su aseguradora negará el pago por ese servicio.

### Agregado Beneficial

Comprendo que mi compañía de seguro médico niega el pago de los servicios en las circunstancias descritas anteriormente y por el motivo que se inició. Si mi compañía de seguro médico niega el pago, acepto ser personalmente y totalmente responsable del pago. También entiendo que si mi compañía de seguro médico realiza el pago de los servicios, seré responsable de cualquier copago, deducible o coaseguro que se aplique al final del servicio.

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

# Cherry Creek Foot & Ankle Clinic

Dr. Florin Costache D.P.M, Dr. Lorry A. Melnick, D.P.M

Diplomate, American Board of Foot & Ankle Surgery

## Aviso de prácticas de privacidad y hoja de contacto de HIPAA

Confirmando que se me proporcionó una copia o acceso al Aviso de prácticas de privacidad. He leído o he tenido la oportunidad de leer y comprender el aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Su proveedor y / o personal a veces necesitarán contactarlo. Al completar la información a continuación, podremos restablecerlo.**

Nombre del paciente (imprimir): \_\_\_\_\_

Persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Fiesta responsable: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento por escrito, por teléfono y por teléfono**

En un esfuerzo por proteger su privacidad, hemos desarrollado una política para dejar información de atención médica.

- **NO** dejaremos mensajes a nadie, excepto al pariente, el tutor legal o la parte responsable.
- **NO** dejaremos ninguna información confidencial en un contestador automático.
- **NO** dejaremos ningún mensaje en un correo de voz.
- **NO** divulgaremos información de tratamiento médico o registros médicos sin el consentimiento por escrito.

### **A MENOS QUE TENGAMOS SU PERMISO ESCRITO PARA HACERLO**

Lea a continuación y considere cuidadosamente a quién autoriza para tener acceso a la información protegida con respecto a su cuidado.

Yo, \_\_\_\_\_ le doy permiso a **Cherry Creek Foot Clinic** para hablar y / o dejar mensajes telefónicos con respecto a la atención médica y / o información de facturación con lo siguiente. Entiendo completamente que este consentimiento seguirá siendo válido hasta que se vuelva a redactar. Los documentos escritos incluyen la publicación de registros médicos y el envío de estados de cuenta.

Mi casa / contestador automático celular: SI ( ) NO ( ) Iniciales: \_\_\_\_\_

Mi correo de voz de oficina / trabajo: SI ( ) NO ( ) Iniciales: \_\_\_\_\_

Estado de cuenta de fax: SI ( ) NO ( ) Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Persona(s) con las que podemos comunicarnos y compartir información médica y de facturación a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_