



## ADVANCED CARE PODIATRY

Fecha \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Estas Embarazada? \_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Referido Por? \_\_\_\_\_

Doctor de cabecera \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

### Informacion del Trabajo

Nombre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

### Cotacto de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Nombre del seguro medico \_\_\_\_\_

Numero del seguro \_\_\_\_\_

Alguna vez has visto a un podiatra? (si ha visto por favor especifique)

\_\_\_\_\_

Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hay alguna hitoria de diabetes en familia? \_\_\_\_\_



## ADVANCED CARE PODIATRY

Alergico algun medicamento? \_\_\_\_\_

Fuma? . Si/No Cigarrillo? Si/No Cualquier otro? Si/No Anos Fumando \_\_\_\_\_

Actividad Atletica \_\_\_\_\_

Favor de indicar algun problema de los pies que tenga ahora:

Dolor de tobillo	Si	No
Pies Planos	Si	No
Juanete	Si	No
Callos	Si	No
Calambre	Si	No
Pies Planos	Si	No
Dolor en el talon	Si	No
Unas Enteradas	Si	No
Hinchazon de tobillos o los pies	Si	No
Pies Cansados	Si	No



## ADVANCED CARE PODIATRY

Por la presente autorizo el pago directo de las prestaciones medicas para Dr. Aisha Chaudhry D.P.M para este y todos los servicios futuros suministre a mi por este medico. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sobre mi a dar cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios a pagar por los servicios relacionados. Me permit una copia de esta autorizacion para ser utilizado en lugar del original. Reconozco que soy responsable por cualquier saldo no pagado por mi compania de seguros

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### El tratamiento De Consentimiento

Por la presente autorizo y doy mi permiso para el Ayudante de Doctor y para administrar y llevar a cabo tales procedimientos sobre mi como considere necesario el Doctor.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Entiendo que, en virtud de la portabilidad del seguro de salud y ley de responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respect a mi informacion de salud protegida.

Entiendo que esta informacion puede y sera usada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los multiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en que el tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones de salud normales, como las evoluciones de calidad y certificaciones medicas.

He recibido, leído y entendido la notificación de práctica de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que pueda ponerse en



## ADVANCED CARE PODIATRY

contacto con esta organizacion en cualquier momento a la direccion de arriba para obtener una copia actualizada del aviso de practicas de privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que puedo restringir el uso o divulgar mi informacion privada para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atencion medica. Sin embargo, estas peticiones no siempre seran obligatorias.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_