

**BARE FOOT CARE SPECIALIST**  
3485 Atlanta Highway Flowery Branch, GA 30542  
Teléfono: 770-531-9222 Fax: 770-531-9020

**Información del paciente**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Casado(a)\_\_\_ Viudo(a)\_\_\_ Soltero(a)\_\_\_ Menor\_\_ (**Adulto Responsable del Menor**) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del adulto responsable: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**RELACION (con su contacto de emergencia):** \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Médico**

Nombre del Seguro Médico Primario/Principal: \_\_\_\_\_ Seguro Secundario \_\_\_\_\_

Persona responsable por la cuenta del paciente: Persona indicada arriba SI \_\_\_ NO \_\_\_ Si el paciente es menor, indique nombre del adulto responsable por la cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

¿A nombre de quién está la póliza?: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**\*\*\*UNA COPIA DE SU(S) SEGURO(S) MEDICO(S) PERMANECERA EN SU RECORD Y SERA UTILIZADA PARA COBRAR EL COSTO POR SERVICIOS MEDICOS QUE SU SEGURO MEDICO CUBRA.\*\*\***

**Asignación de Pagos y Divulgación de Información**

Yo certifico que estoy asegurado bajo el/los seguro(s) médico(s) arriba indicado(s), y le asigno a **Bare Foot Care Specialist** todos los beneficios de dicho(s) seguro(s), y garantizo que yo mismo(a) le brindaré aquellos pagos que, por alguna razón yo reciba a mi nombre por los servicios recibidos. Yo autorizo la divulgación de mi expediente médico a la aseguranza/seguro médico de ser necesario para determinar pagos por servicios recibidos. \_\_\_\_\_ (iniciales)

Yo acepto pagar a Bare Foot Care Specialist, prontamente, por todos los servicios recibidos, los cuales no necesariamente están cubiertos por mi Seguro Médico. Esto incluye copagos, deducibles y/o pagos por parte de mi aseguranza por los servicios prestados. **De no pagar mi balance o deuda prontamente, entiendo que seré responsable por gastos de la Agencia de Colección y/o gastos de abogados .** Un cargo adicional de \$25.00 me será impuesto en caso de que yo pague con un cheque sin fondos. \_\_\_\_\_ (iniciales)

En caso de que mi seguro médico sea **terminado, cancelado, cambiado o re-instituido** al momento de yo recibir servicios médicos en la oficina de Bare Foot Care Specialist, entiendo y certifico que yo seré responsable por el **costo total** de gastos médicos que se le cobrarían a mi seguro médico al momento de recibir los servicios, y que yo seré responsable de contactar la compañía de seguro médico para tratar de ser compensado(a), en parte o totalmente, por el costo de servicios médicos, anteriormente o en el presente denegando por falta de cobertura. \_\_\_\_\_ (iniciales)

Nombre del Asegurado o Persona Encargada

Firma del Asegurado or Persona Encargada

Fecha

**Historia Médica**

¿Cuál es la razón de su visita hoy? (incluya problema en específico que tiene de los pies, tobillos, rodillas, o caderas)

¿Tiene usted *historial médico o historia familiar* de **DIABETES**?  Sí  No **QUIEN?** \_\_\_\_\_

**DAMAS solamente** – ¿Está usted embarazada?  Sí  No Si es **Pre/Diabético/a** cuál fue el resultado de su último AIC? \_\_\_\_\_

Actividades atléticas en las que usted participa (por favor indique qué tipo de actividad y la frecuencia) \_\_\_\_\_

Por favor circule el/los **problema(s) de los pies/tobillos** que usted tiene o haya tenido anteriormente.

Calambres/Adormecimiento de Pies/Piernas Callos Cáncer de la piel Dedos Martillo Dolor de Talón Dolor de Tobillos Fractura (Pie/Tobillo)  
Gota Hinchazón de Pies/Tobillos Hongo en las uñas Juanetes Neuromas Pies Cansados Pie de Atleta Pie Plano Ulceras en los Pies  
Uñas Encarnadas Verrugas/Mezquinos en los Pies

**NOMBRE DE SU MEDICO PRIMARIO/MEDICO GENERAL:** \_\_\_\_\_ **PHONE #:** ( ) \_\_\_\_\_

**FECHA DE LA ULTIMA VISITA A SU MEDICO GENERAL:** \_\_\_\_\_ **¿QUIEN LO REFIRIO A NOSOTROS?** \_\_\_\_\_

Marque (x) si usted tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes condiciones:

Adicción a drogas\_\_\_ Alcoholismo\_\_\_ Alta Presión\_\_\_ Apendicitis\_\_\_ Artritis\_\_\_ Asma\_\_\_ Ataque del corazón\_\_\_ Cáncer\_\_\_ Cataratas\_\_\_  
Coágulos de Sangre\_\_\_ Colesterol alto\_\_\_ Diabetes\_\_\_ Enfermedad del hígado\_\_\_ Enfermedad de los riñones\_\_\_ Enfermedades venéreas\_\_\_  
Enfisema\_\_\_ Epilepsia\_\_\_ Esclerosis Múltiple\_\_\_ Fibromas del Seno\_\_\_ Fiebre reumática\_\_\_ Glaucoma\_\_\_ Hepatitis\_\_\_ Herpes\_\_\_  
Marcapaso\_\_\_ Migraña\_\_\_ Neuropatía\_\_\_ Papera\_\_\_ Neumonía\_\_\_ Polio\_\_\_ Problemas de circulación\_\_\_ Problemas del corazón\_\_\_  
Problemas de próstata\_\_\_ Problemas de Sangramiento\_\_\_ Problemas de tiroides\_\_\_ SIDA\_\_\_ Trasplante de órganos\_\_\_ Tuberculosis\_\_\_ Ulceras\_\_\_  
Varicelas\_\_\_ Varices\_\_\_ VIH positivo\_\_\_ Viruela\_\_\_

Otros problemas médicos que tiene o haya tenido: \_\_\_\_\_

**Cirugías/Operaciones:**

Por favor indique todas las cirugías que haya tenido: \_\_\_\_\_

**Medicamentos (Cantidad y Frecuencia)**

Indique todos los medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

\*\*\*¿Tiene **ALERGIAS** a algún medicamento o sustancia? \_\_\_\_\_

**FARMACIA (LOCAL) QUE UTILIZA** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Teléfono** ( ) \_\_\_\_\_

**Hábitos**

Indique con una "x" lo que usa y con qué frecuencia:

\_\_\_ Café/na \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Tabaco/Cigarros/Cigarrillos \_\_\_\_\_ (cajetillas x día) \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Drogas ilegales \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Bebidas alcohólicas \_\_\_\_\_

Indique (x) si está expuesto en su trabajo a alguno de los siguientes:

\_\_\_ Estrés  
\_\_\_ Levantar objetos pesados  
\_\_\_ Sustancias químicas  
\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

¿A qué se dedica?/ ¿En qué trabaja? \_\_\_\_\_

Certifico que la información que he dado es información completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi doctor si hay algún cambio en mi estado de salud o el estado de salud del menor que está bajo mi custodia. .

Firma del paciente/ padre o encargado

Relación con el paciente

Fecha

## FIRMA EN EL ARCHIVO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, ACUERDO FINANCIERO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO.

Las pólizas de salud y seguros de accidentes son un acuerdo contractual entre una empresa aseguradora y los asegurados. Es la responsabilidad de los asegurados verificar la elegibilidad para los beneficios de cuidado médico. Posesión de una tarjeta de identificación de miembro de un seguro médico NO es una garantía de cobertura. Como cortesía a usted, con mucho gusto vamos a presentar sus facturas médicas a su compañía de seguro.

- Seguro principal:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan a nombre de *Bare Foot Care Specialist* por los servicios que me proporcionen. Autorizo a cualquier titular de mi información médica a liberar a la Administración Financiera de Salud y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o la información médica necesaria para recibir pagos por los servicios prestados. *Bare Foot Care Specialist* acepta la determinación de pago de mi seguro médico como pago completo, y yo soy responsable sólo del deducible, co-seguro, copagos y servicios no cubiertos. El co-seguro y los deducibles se basan en la determinación de pago del seguro médico y se requiere el pago en el momento de servicio. Todos los beneficios de cualquier tipo que están cubiertos por el seguro médico del paciente o de cualquier otra persona responsable por el paciente, se le asigna por la presente a *Bare Foot Care Specialist*. Como cortesía, *Bare Foot Care Specialist* le enviará el cobro por los servicios prestados a su seguro médico, sin embargo, con su firma usted garantiza que usted entiende que en última instancia es el paciente el responsable del pago por los servicios prestados.
- Seguro secundario:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados por mi seguro médico secundario se haga a nombre de *Bare Foot Care Specialist* si es posible, o de lo contrario que el pago se haga a mi nombre, y yo inmediatamente le enviaré el pago a *Bare Foot Care Specialist*.
- Revelación de Información:** *Bare Foot Care Specialist* puede revelar total o parcialmente mi historial médico y/o la contabilidad financiera a cualquier persona o empresa que (1) es o pueda ser responsable o esté bajo contrato con *Bare Foot Care Specialist* responsable por el reembolso de los servicios prestados; y (2) a cualquier otro proveedor médico que necesite continuar tratamiento para el paciente. *Bare Foot Care Specialist* puede revelar también, de manera anónima, cualquier información sobre mi caso que sea necesaria o apropiada para el adelanto de la ciencia médica, la educación médica, la investigación médica, para la recopilación de datos estadísticos o en relación a las leyes, estatutos o regulaciones estatales o federales.
- Servicios no-cubiertos:** Entiendo que *Bare Foot Care Specialist* tiene contrato con planes de seguro de salud. En consecuencia, los abajo firmantes aceptan responsabilidad financiera completa por todos los artículos y servicios que el plan de seguro médico determine como servicios no cubiertos.
- Acuerdo financiero:** Estoy de acuerdo en que a cambio por los servicios que me preste *Bare Foot Care Specialist* yo pagaré mi cuenta al momento de recibir los servicios prestados o haré los arreglos financieros pertinentes con *Bare Foot Care Specialist* para cumplir con mi pago. Si mi cuenta es enviada a una agencia de colección por falta de pago, entiendo que tendré que pagar 35% adicional por los gastos de la agencia de colección. Entiendo y acepto que si mi cuenta no es pagada a tiempo, tendré que pagar una tarifa de servicio. Se entiende que los abajo firmantes y/o el paciente son los principalmente responsables del pago de la factura. Además, al firmar a continuación, reconozco que se me ha informado de que hay una tarifa de \$25.00 por todos los cheques devueltos y una tarifa de **\$85.00 por cualquier cita que pierda** sin otorgar una notificación adecuada. **El padre o tutor que trae a un menor a nuestra oficina, será responsable de los copagos requeridos, deducibles, etc., al momento de servicio.**
- Plan de privacidad:** Estoy de acuerdo en que se me ha dado la oportunidad de leer y recibir una copia del aviso de prácticas privadas de *Bare Foot Care Specialist*.
- Aviso:** Ninguna persona menor de 18 años se atenderá sin un padre o tutor presente, a menos que sea un menor emancipado.
- Consentimiento de tratamiento:** Mediante la firma a continuación, doy mi consentimiento y mi permiso para que el médico (y asistentes médicos o médico sustituto) administre y realice los procedimientos que el médico considere necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de mis pies y tobillos.
- Autorización adicional:** Por favor indique cualquier otra persona con la que podamos hablar en relación a su cuenta:

Esposo(a)? Nombre: \_\_\_\_\_ SI NO      Familia Inmediata?      SI NO

Otro(a)? Nombre: \_\_\_\_\_ SI NO      Le podemos dejar mensajes en su contestadora?      SI NO

Una fotocopia de este consentimiento es considerada tan válida como la copia original. Este consentimiento será válido hasta que yo indique lo contrario por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**BARE FOOT CARE SPECIALIST, LLC**  
**Podiatric Medicine & Surgery**  
3485 Atlanta Highway  
Flowery Branch, GA. 30542  
PHONE NUMBER: 770-531-9222  
FAX NUMBER: 770-531-9020

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS**

Patient Information (Please Print):

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Please release my medical information to:

**Bare Foot Care Specialist, office of Dr. Jeannette Velazquez.**

By signing this form, I am authorizing a release of my medical records to the office mention above.

\_\_\_\_\_  
(Signature) (Date)