



CANYON

FOOT + ANKLE

Hoja de información para el paciente

Seguridad social#:

Nombre : _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Edad: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Otro

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Quieres recibir correos electrónicos? ☐ Sí ☐ No

Dirección de envío: _____ Apartamento n.º _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

¿Actualmente reside en un centro de atención o vivienda asistida? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuál?: _____

¿Está recibiendo actualmente atención médica domiciliar o cuidados paliativos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿nombre de la empresa?: _____

Teléfono móvil: (_____) - _____ Hogar: (_____) - _____ Trabajar: (_____) - _____

Nombre del empleador: _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal del empleador: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono de emergencia: (_____) - _____ Relación: _____

Información del seguro primario:

Nombre y apellido del titular de la póliza:

Número de Seguro Social del titular de la póliza:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el titular de la póliza:

☐ Ser ☐ Cónyuge ☐ Niño ☐ Otro

Dirección postal del titular de la póliza: ☐ Lo mismo que el paciente

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del seguro:

ID de la póliza:

Grupo #:

Información del seguro secundario:

Nombre y apellido del titular de la póliza:

Número de Seguro Social del titular de la póliza:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el titular de la póliza:

☐ Ser ☐ Cónyuge ☐ Niño ☐ Otro

Dirección postal del titular de la póliza: ☐ Lo mismo que el paciente

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del seguro:

ID de la póliza:

Grupo #:

Médico de familia: _____

Farmacia: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? ☐ Búsqueda de Google ☐ Redes sociales ☐ Periódico ☐ Radio ☐ Directorio telefónico ☐ Familia/Amigo: _____
☐ Doctor/Proveedor: _____ ☐ Otro: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR ESTA RECLAMACIÓN Y, POR LA PRESENTE, CEDO AL MÉDICO TODOS LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS A MIS DEPENDIENTES O A MÍ. ENTIENDO QUE ES UNA CORTESÍA QUE EL MÉDICO ACEPTA MI SEGURO PARA LOS PAGOS Y QUE, SI, POR CUALQUIER MOTIVO, NO PAGA MI FACTURA, SOY RESPONSABLE.

Pagos: Los pacientes son responsables de todos los cargos, incluyendo las visitas perdidas y los cheques devueltos. Se pueden aplicar intereses y cargos por mora sobre los saldos vencidos. El pago se espera al momento de la prestación de los servicios. Los pagos deben coordinarse antes del tratamiento.

☐ He recibido el Acuerdo de Confidencialidad (HIPAA) y acepto cumplir con todos sus términos.

Fecha de hoy: _____ Firma del paciente: _____

Historia de la podología

¿Cuál es la principal preocupación por la cual usted vino a ser atendido?

¿Cuándo notó el problema? _____ ¿Alguna

otra preocupación? _____

¿Has ido alguna vez a un podólogo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

Existe algún antecedente personal o familiar de diabetes? ☐ Sí ☐ No

Su ocupación: _____ Actividades en las

que participa (con frecuencia): _____

Indique qué problema(s) en el pie tiene o ha tenido actualmente:

Dolor de tobillo: ☐ Sí ☐ No

Gota: ☐ Sí ☐ No

Pie de atleta: ☐ Sí ☐ No

Dolor en el talón: ☐ Sí ☐ No

Callos y durezas: ☐ Sí ☐ No

Uñas encarnadas: ☐ Sí ☐ No

Entumecimiento en los pies o
las piernas: ☐ Sí ☐ No

Verrugas plantares: ☐ Sí ☐ No

Problemas de arco: ☐ Sí ☐ No

Hinchazón de Pies ☐ Sí ☐ No

Calambres en los pies o las piernas: ☐ Sí ☐

/doloridos: ☐ ☐

¿Qué alivia tu malestar?

Historial médico

SIDA/VIH: ☐ Sí ☐ No

Alergias a los anestésicos: ☐ Sí ☐ No

Alergias a medicamentos o fármacos: ☐ Sí ☐ No

Alergias al látex: ☐ Sí ☐ No

Alergias a la penicilina: Anemia: ☐ Sí ☐ No

Angina: ☐ Sí ☐ No

Válvulas cardíacas o articulaciones artificiales: ☐ Sí ☐ No

Asma: ☐ Sí ☐ No

Problemas de espalda: ☐ Sí ☐ No

Trastornos hemorrágicos: ☐ Sí ☐ No

Cáncer: ☐ Sí ☐ No

si es así, ¿qué tipo?: ☐ Sí ☐ No

Dependencia química: ☐ Sí ☐

Dolor en el pecho: ☒ Sí ☐ No

The Diarrea crónica: ☐ Sí ☐ No

de cigarrillos/tabaco: ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Problemas circulatorios: ☐ Sí ☐ No

Diabetes: ☐ Sí ☐ No

Tipo 1 / Tipo 2

Problemas de oído: ☐ Sí ☐ No

Epilepsia: ☐ Sí ☐ No

Problemas oculares: ☐ Sí ☐ No

Desmayos: ☐ Sí ☐ No

Dolores de cabeza: ☐ Sí ☐ No

Enfermedades ☐ Sí ☐ No

cardíacas: ☐ Sí ☐ No

Hemofilia: ☐ Sí ☐ No

Hepatitis o ictericia: ☐ Sí ☐ No

Presión arterial alta: ☐ Sí ☐ No

Problemas renales: ☐ Sí ☐ No

Enfermedad hepática: ☐ Sí ☐ No

Presión arterial baja: ☐ Sí ☐ No

Trastornos de salud ☐ Sí ☐ No

mental: ☐ Sí ☐

Neuropatía: ☒ Sí ☐

Otros (por favor enumerarlos): _____

Flebitis: ☐ Sí ☐ No

Atención psiquiátrica: ☐ Sí ☐ No

Tratamiento de radiación: ☐ Sí ☐ No

Erupción: ☐ Sí ☐ No

respiratoria: ☐ Sí ☐ No

Fiebre reumática: ☐ Sí ☐ No

Dificultad para respirar: ☐ Sí ☐ No

Problemas sinusales: ☐ Sí ☐ No

especial: ☐ Sí ☐ No

Ataque: ☐ Sí ☐ No

Glándulas del cuello inflamadas: ☐ Sí ☐ No

Tuberculosis: ☐ Sí ☐ No

Venas varicosas: ☐ Sí ☐ No

Enfermedades venéreas: ☐ Sí ☐ No

Uso de alcohol: ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐

☐ Sí ☐

¿Con qué frecuencia? _____

¿Está embarazada o existe la posibilidad de que esté embarazada? ☐ Sí ☐ No

¿Cirugías/Hospitalizaciones? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor explique: _____

Historial médico familiar (marque todas las que correspondan): ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Hipertensión ☐ Gota ☐ Artritis ☐ Enfermedad cardíaca/ataque

☐ Defectos de nacimiento ☐ Problemas en los pies ☐ Ataque ☐ Otro: _____

Medicamentos

Incluya recetas, medicamentos de venta libre y vitaminas:

Alergias

Marque todas las que correspondan:

☐ Terapia anticoagulante

☐ Yodo

☐ Sulfa

☐ con adhesivo/cinta

☐ Anestésicos locales

☐ codeína

☐ Aspirina

☐ Novocaína

☐ Sin alergias

☐ Demerol

☐ Mariscos

☐ Otras: _____

Por la presente, doy mi consentimiento y permiso al médico (y a sus asistentes o su sustituto designado) para que me brinde servicios y medicamentos podológicos, presente mi formulario de seguro, considere mi firma como "en archivo" para el pago y divulgue todos los registros necesarios. Entiendo la política de privacidad, he leído y comprendido lo anterior y acepto ser personalmente responsable de todos los cargos y honorarios.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si lo elegí) y comprendido el Aviso.

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta)

Fecha

Padre o representante autorizado (si corresponde)

Firma

2190 Village Park Ave St. 100
Twin Falls, Idaho 83301
Teléfono: (208)733-0436
Fax: (208)733-0438



382 N. Overland Ave.
Burley, ID 83318
Teléfono: (208)678-2727
Fax: (208)678-1477

Formulario de autorización de divulgación de registros médicos

Al firmar este formulario, autorizo a Canyon Foot+ Ankle a divulgar información médica confidencial sobre mí a los siguientes miembros de mi familia o a un tutor/poder notarial designado.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

1. _____ Relación _____ Teléfono _____

2. _____ Relación _____ Teléfono _____

3. _____ Relación _____ Teléfono _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este resumen se proporciona para ayudarlo a comprender el Aviso de prácticas de privacidad adjunto.

El Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto contiene una descripción detallada de cómo nuestra oficina protegerá su información médica, sus derechos como paciente y nuestras prácticas habituales al tratar la información médica del paciente.

Consulte dicho Aviso para obtener más información.

Usos y divulgaciones de la salud

Información. Utilizaremos y divulgaremos su

Información médica para brindarle tratamiento o para ayudar a otros profesionales de la salud a brindarle tratamiento. También usaremos y divulgaremos su información médica para obtener el pago por nuestros servicios o para que las compañías de seguros puedan procesar las reclamaciones de seguros por los servicios que le hayamos prestado nosotros u otros profesionales de la salud.

Finalmente, podemos divulgar su información de salud para ciertas actividades operativas limitadas, como evaluación de calidad, licencias, acreditación y capacitación de estudiantes.

Usos y divulgaciones basados en su

Autorización. Salvo que se indique con más detalle en el aviso de prácticas de privacidad, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito.

Usos y divulgaciones que no requieren

Su autorización. En las siguientes circunstancias, podemos divulgar su información médica:

información sin su autorización por escrito:

- A los familiares o amigos cercanos que están involucrados en el cuidado de su salud; seguridad;

Para ciertos fines de investigación limitados;
Para fines de salud pública y

- A los organismos gubernamentales para efectos de sus auditorías, investigaciones y otras actividades de supervisión;
- A las autoridades gubernamentales para prevenir el abuso infantil o la violencia doméstica;
- A la FDA para informar sobre defectos o incidentes del producto;
- A las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para proteger la seguridad pública o ayudar a detener a delincuentes;
- Cuando lo requieran órdenes judiciales, órdenes de allanamiento, citaciones y según lo exija la ley.

Derechos del paciente. Como nuestro paciente, usted tiene los derechos

siguientes derechos:

- Tener acceso y/o una copia de su información de salud;
- Para recibir un recuento de ciertas divulgaciones que hemos realizado de su información de salud;
- Para solicitar restricciones sobre cómo se utiliza o divulga su información de salud;
- Para solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial;
- Para solicitar que modifiquemos su información de salud;
- Para recibir aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Si tiene alguna pregunta, inquietud o queja con respecto a nuestras prácticas de privacidad, consulte el Aviso de prácticas de privacidad adjunto para la persona o personas con quienes puede comunicarse.

2190 Village Park Ave St. 100
Twin Falls, Idaho 83301
Teléfono: (208)733-0436
Fax: (208)733-0438



382 N. Overland Ave.
Burley, ID 83318
Teléfono: (208)678-2727
Fax: (208)678-1477

Política de pago

Nos complace ayudarle a facturar a la mayoría de las aseguradoras. Sin embargo, debemos destacar que su seguro es un contrato entre usted y su aseguradora.

Muchos de los servicios que se prestan en esta clínica están cubiertos y pagados por su compañía de seguros. En caso de impago del servicio, usted será personalmente responsable del saldo restante. Si el paciente es menor de edad, la persona que lo traiga a la clínica para su tratamiento será responsable del pago de la factura.

El pago de servicios, productos de venta libre y/o copagos se deben realizar en el momento en que se prestan los servicios.

Si aún no ha cumplido con su deducible, es posible que se le solicite pagar una parte de su visita al momento de su cita.

Las citas no canceladas dentro de las horas tendrán un cargo de.

Aceptamos efectivo, cheques y giros postales.

También aceptamos Visa, Mastercard, Discover y American Express.

Los saldos de cuentas de días o más se entregarán a Bonneville Management Services.

Firma_____

Fecha_____