

**REGISTRO DEL PACIENTE**  
(Por Favor, Letra De Molde)

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_  
Primer Nombre Apellido Medio

Domicilio \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Edo \_\_\_ C Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Soltero(a) \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  tamaño \_\_\_\_\_

**Raza:** Indio Am. \_\_\_ Asiático \_\_\_ Negro/Africano Am. \_\_\_ Blanco \_\_\_ Isla Pacifico \_\_\_ Otra Raza \_\_\_ No Contestar \_\_\_

**Etnicidad:** Hispano \_\_\_ No-Hispano \_\_\_ No contestar \_\_\_ **Idioma Principal:** \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Quién lo recomendó? \_\_\_\_\_

¿Cuál médico lo refirió? \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA # 1:**

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Relación hacia el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Compañía de Asegurancia \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA # 2:**

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Relación hacia el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Compañía de Asegurancia \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o persona autorizada. Yo autorizo que la información médica sea entregada para procesar el cobro. También autorizo que los beneficios médicos sean pagados al Médico por su servicio.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**REGISTRO DEL PACIENTE**  
(Por Favor, Letra De Molde)

**HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE:**

Mis síntomas del pie son \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuándo empezaron los síntomas? \_\_\_\_\_

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Fecha de su última consulta \_\_\_\_\_

Podiatra \_\_\_\_\_ Fecha de su última consulta \_\_\_\_\_

Farmacia (nombre): \_\_\_\_\_

Dirección of No. Telefónico de la Farmacia: \_\_\_\_\_

(Si no sabe la dirección, puede usar las dos calles principales)

**Anote cualquier** enfermedad que tenga al presente o anteriormente:

DIABETES \_\_\_ EMBOLIA \_\_\_ EPILEPSIA \_\_\_ PROBLEMAS DE CORAZÓN \_\_\_ ASMA \_\_\_ VISICULA \_\_\_

FIEBRE REUMÁTICA \_\_\_ CÁNCER \_\_\_ SIDA \_\_\_ IMPLANTES DE METAL \_\_\_ CLAUSTROFOBIA \_\_\_

COYUNTURAS ARTIFICIALES/ IMPLANTES \_\_\_ PRESIÓN ALTA \_\_\_ RIÑONES \_\_\_ DIALISIS \_\_\_

PROBLEMAS ESTOMACAL \_\_\_ (Gastrointestinal: Úlceras) ¿Necesita un antibiótico antes de una cirugía? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Otras condiciones médicas no mencionadas arriba: \_\_\_\_\_

¿Está Embarazada? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si usted ha dado a luz recientemente ¿Está dando pecho? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Cirugías previas: \_\_\_\_\_

Medicamentos y vitaminas que está tomando actualmente \_\_\_\_\_

¿Es **ALERGICO** a un medicamento? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Por favor note \_\_\_\_\_

¿Usa productos que contienen **TABACCO**? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Cantidad diaria \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas **ALCHOLICAS**? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Cantidad diaria \_\_\_\_\_

Yo acepto que la información arriba es correcta a la mejor de mi conocimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Other Insurance Inquiry**

Patient: \_\_\_\_\_

Are **you** covered by another health plan besides \_\_\_\_\_  
Primary Insurance Name

Yes                      No

If yes, you will need to provide our office with a copy of your card.

Name of Insurance Company: \_\_\_\_\_

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

Name of insured person: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Policy Number: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_

Termination Date: \_\_\_\_\_ (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

**Encuesta de Otro Seguro Medico**

Tiene **usted** otro plan de seguro medico aparte de \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguranza que es primaria

Si                      No

Si contesto "Si", usted tiene que proporcionar nuestra oficina con una copia de la tarjeta.

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

Direccion \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de póliza \_\_\_\_\_ Fecha de empiezo \_\_\_\_\_

Fecha de terminación \_\_\_\_\_ (Si es aplicable)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**WELCOME TO OUR OFFICE**

Welcome to our office. To allow us to serve you better it is important to follow up with your appointment and medical treatments. We will be glad to assist you with your scheduling.

Missing appointments affects your care. Should you miss or cancel 3 treatments, we will regrettably be unable to continue your care. We will provide emergency care for 30 days. We will provide you a list of Doctors in Las Vegas and send a copy of your records to the Doctor you request.

Thank you for your cooperation.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Date

---

**BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA**

Bienvenidos a nuestra oficina. Para permitirnos que le sirvamos mejor es importante que usted venga a sus citas y sus tratamientos que el Doctor le ordene. Estamos disponibles en asistirlo en hacer sus citas.

A no asistir a sus citas afecta su tratamiento. Si usted cancela o falta 3 tratamientos, lamentablemente no podemos seguir su cuidado. Nosotros le proveeremos cuidado de emergencia por 30 días. Le haremos disponible una lista de Doctores en Las Vegas y enviaremos copias de su expediente al Doctor que usted escoja.

Gracias por su cooperación.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

**NEVADA FOOT**  
**4631 E. Charleston Blvd Las Vegas, NV 89104**

**CONSENTIMIENTO DE LA CONFORMIDAD DE HIPPA**

Somos requeridos por la ley a mantener la privacidad de y proporcionar a individuos con la nota de nuestras prácticas legales de deberes y privacidad con respecto a información protegida de salud.

Entiendo que como parte de mi asistencia médica, **Nevada Foot**, origino y mantiene papel y/o registros electrónicos que describen mi historia de salud, los síntomas, el examen, los resultados del examen, el diagnóstico, el tratamiento, y cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como base para planear mi cuidado y tratamiento, como medios de comunicación a los que contribuyen a mi cuidado, una fuente de información para aplicar el diagnóstico, y para un medio por qué un pagador de terceros puede verificar que el paciente fue tratado por los servicios facturados.

Yo doy mi consentimiento a **Nevada Foot** para pedir, proporcionar, o hablar de mi información o expediente médico con otros profesionales de salud; como médicos primarios, médicos que refieran, los laboratorios, los fisioterapeutas, los farmacéuticos, y otros profesionales de salud relacionado e involucrados con mi cuidado.

Entiendo que tengo el derecho a la restricción del uso o la revelación de mi información de salud, pero **Nevada Foot** no es requerido a concordar a las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escritura, menos hasta el punto que la organización ya haiga tomado medidas en la dependencia sobre eso. Entiendo también que negarme a firmar este consentimiento o revocando este consentimiento, esta organización puede negar el tratamiento como permitido por la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Doy a las personas siguientes consentimiento para el uso o la revelación de mi información de salud.

Individuo: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Individuo: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Entiendo que como parte del tratamiento, operaciones de salud, o pago de esta organización, puede ser necesario revelar mi información protegida de la salud a otra entidad, y yo consiento a tal revelación para ser utilizado incluso revelaciones vía fax.

La firma debajo es sólo reconocimiento que he leído con cuidado una copia de la Nota de Políticas de Privacidad de Nevada Foot

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombré en escrito: \_\_\_\_\_

Si no es firmado por el paciente, por favor indique la relación al paciente (Ejemplo: esposo)

La relación: \_\_\_\_\_

Presenciado por: \_\_\_\_\_

**Póliza de formas FMLA/Trabajo/Discapacidad**

**SI EL DOCTOR DECIDE QUE TOME TIEMPO FUERA DE SU TRABAJO**

Inicial

Nuestra oficina le dará **nuestra nota** gratis para su tiempo fuera del trabajo/escuela al terminar su visita.

\_\_\_\_\_

Nuestra oficina le llenara sus formas de la Culinaria: *Loss of time, Extended Eligibility, y Culinary Disability*, sin ningún cobro el jueves después de que nuestra oficina las reciba.

\_\_\_\_\_

Si requiere **formas especiales**, como FMLA, discapacidad, fuera del trabajo, etc., que tengan que ser llenadas, se cobrara \$75.00 por las formas, entregadas a la misma vez. **Pago es debido antes de que sus formas sean llenadas.**

\_\_\_\_\_

Cambios o formas adicionales tendrán un cobro de \$75.00 por forma pagado por adelantado. (Sugerencia: es más fácil y menos costoso regresar antes que extender el tiempo.)

\_\_\_\_\_

Nuestra oficina debe de recibir las formas el **miércoles antes de las 4pm**. Formas recibidas después estarán listas el viernes de la próxima semana.

\_\_\_\_\_

**Es su responsabilidad asegurarse que tenemos las fechas correctas que se pondrán en las formas.**

\_\_\_\_\_

Si necesita las formas inmediatamente, habrá un cobro de \$125.00 por forma requerido por adelantado. Sus formas estarán listas ese mismo día a las 4pm.

\_\_\_\_\_

Si su trabajo o compañía de discapacidad nos manda formas por fax, usted tendrá que pagar el cobro antes de que se llenen las formas.

\_\_\_\_\_

Usted es responsable de confirmar que nuestra oficina recibió todas las formas envidadas por fax. Asegúrese, que la persona enviando las formas incluya su nombre y fecha de nacimiento. Nuestra oficina no le avisara si recibimos sus formas por fax.

\_\_\_\_\_

Sus formas estarán listas para recoger el viernes después de las 8 am en la oficina: 4631 E. Charleston.

\_\_\_\_\_

***Nuestra oficina no manda formas por fax a ningún lugar.***

Yo he leído y entiendo la póliza de formas FMLA/Trabajo/Discapacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Aviso Financiero**

Por cortesía, nuestra oficina verificara sus beneficios médicos y enviara el reclamo a la aseguranza después de su tratamiento. Es su responsabilidad llamar a su compañía de seguro medico y verificar su cobertura, darle seguimiento a UNO y TODOS sus reclamos pendientes, saber su plan, y saber cuáles beneficios tiene disponibles.

Todos los cobros contraídos son su responsabilidad sin importancia a su cobertura médica, estimados proporcionados por nuestra oficina, beneficios que fueron verificados, o el estatus del reclamo.

Su copago de oficia solo incluye su examen y recetas.

\_\_\_\_\_  
Inicial

***Rayos X, inyecciones, plantillas, vendajes y otros procedimientos son servicios adicionales y tienen su propia cobertura por el seguro medico. Por favor pregúntenos si tiene alguna pregunta.***

\_\_\_\_\_  
Inicial

Yo entiendo que soy responsable por cualquier servicio que no sea cubierto por mi seguro medico.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nevada Foot Institute**  
4631 E. Charleston Blvd., Las Vegas, NV 89104

**Narcotic Prescription Policy**

Our office does not prescribe narcotic pain pills. If you would like a list of other Podiatrists or Pain Management Specialists, please advise us.

I understand Nevada Foot Institute's narcotic prescription policy.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

**Póliza de Recetas Narcóticas**

Nuestra oficina no receta medicinas narcóticas para el dolor. Si usted gusta una lista de otros médicos de pie o médicos que manejan el dolor, avísenos.

Yo entiendo la póliza de recetas narcóticas de Nevada Foot Institute.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**NEVADA FOOT**  
4631 E. Charleston Blvd  
Las Vegas, NV 89104  
Phone: (702) 438-2425  
Fax: (702) 453-1962

**Request of Medical Records**

Patient Name: \_\_\_\_\_

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

I, \_\_\_\_\_, authorize the release of my medical records including x-rays to Nevada Foot Institute, to be sent to the above address or faxed to (702) 453-1962.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

Illness/ Injury Details
Detalles de Enfermedad/ Accidente

Please answer the following questions:

Is treatment today for an accident related injury: [ ] Yes [ ] No

- 1. WHEN did the illness or injury occur?
2. WHERE did the illness or injury occur?
3. HOW did the illness or injury occur?

4. Do you believe that your illness or injury was work related? [ ] Yes [ ] No

If this is work related, did you report the condition to anyone?

[ ] Yes [ ] No

If yes, to whom? Date:

5. Do you expect to receive or have you been provided with Workers Compensation Benefits?

Yes [ ] No [ ]

(Note: Worker's Compensation is not the same of State Disability)

IF THIS VISIT IS RELATED TO AN INJURY CAUSED AT WORK, YOU WILL BE RESPONSIBLE FOR THIS BILL, IF IT HAS NOT BEEN APPROVED BY YOUR CLAIM ADJUSTOR.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

¿Su consulta de hoy, está relacionada a un accidente? [ ] Si [ ] No

- 1. ¿CUANDO ocurrió la enfermedad o accidente?
2. ¿DONDE ocurrió la enfermedad o accidente?
3. ¿COMO ocurrió la enfermedad o accidente?
4. ¿Usted cree que su enfermedad o accidente está relacionado con el trabajo?

[ ] Si [ ] No

¿Si está relacionada con su trabajo, usted le reporto su condición a alguien?

[ ] Si [ ] No

¿A quién se lo reporto? Fecha

5. ¿Usted espera recibir o ha recibido beneficios de compensación del trabajador?

(Nota: Compensación del trabajador no es igual que la Incapacidad Estatal)

SI SU VISITA HOY ESTA RELACIONADO CON UN ACCIDENTE DE TRABAJO, USTED SERA RESPONSIBLE POR LA VISITA DE HOY AL MENOS QUE SU AJUSTADOR APROBO LA VISITA

Patient Name (Nombre de paciente)

Patient Signature (Firma del paciente)

Insured Name (Nombre de miembro)

Date (Fecha)