

Permian Basin Foot and Ankle
INFORMACION DE REGISTRO DE
PACIENTES

INFORMACION DE
PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

—

Estado: _____ Postal: _____

Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Numero des Seguro
Social: _____

Fecha De
Nacimiento: _____

Dirección, Teléfono Del Trabajo: _____

Doctor Que lo Refirió: _____

Teléfono#: _____

Mujer Hombre

Divorciado/a Casado/a Soltero/a

Nombre De Farmacia: _____

Teléfono#: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

CONTACTO DE
EMERGENCIA

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relacion: _____

Aseguranza Primaria: _____

Nombre de asegurado: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Relación Con Paciente: _____

Aseguranza Secundaria: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Relación Con Paciente: _____

Permian Basin Foot and Ankle
INFORMACIÓN DE REGISTRO DE
PACIENTES

HISTORIA
MEDICO

Derecha 1. La Rason Por La Sita: Izquierda _____

Que Clase De Dolor : Ardiente Entumecimiento Dolor Agudo Otro Clase de Dolor

2. Que ase que el dolor y la incomodidad mejor?

3. As tenido trauma fisico? No Si

4. As tenido un accidente? No Si

5. Ocupacion: _____

6. Es su problema relacionado con el trabajo? Si No

7. Historia Medica Pasada: Gota Tiroides Osteoartritis

Anemia Insuficiencia cardiac Trastornos Pulmonares Trastornos de la coagulación Hepatitis
Prolapso de la válvula mitral Fiebre reumática Cáncer _____ Colesterol Alto

Trastorno Nervioso Derrame cerebral Diabetes Sida/VIH Desordenes Neurologicals Enfermedad del Rinon
Epilepsia Presion Sanguinea alta Trastornos de la Prostata Otro:

8. Lista de medicamentos/vitaminas: NINGUNA

9. Alergias: (Describir la reacción) NINGUNA

Penicillina _____ Aspirina _____ Agente Narcotico / Codeina
_____ Anastesia _____ Mariscos _____
Sulfamidas _____ Niquel / Metal _____ Colorante Radiocontrastado
_____ Otro

10. Estas Embarazada? No Si _____

11. Cirugía Pasada: ¿Ha tenido usted cirugia? No Si-Describe a continuación

Clase de cirugía /

Fecha:

12. Historia Social: (Solo revisa lo que es pertinente para ti)

El consumo de tabaco Consumo de alcohol Habitos de ejercicio _____ Uso de cafeína Uso de drogas (recreativo, IV)

13. Historia de Familia: (Liste los familiares que an tenido alguna de estos problemas):

Diabetes _____ Enfermedad del corazon _____

Enfermedad del riñón _____

Hipertensión _____ Derrame Cerebral _____

Enfermedad Mental _____

Reumatologia _____ Trastornos Hemorragicos _____ Cancer _____

Otro Historial Medico de la Familia:

14. Altura: _____ Peso: _____ Tamano del zapato: _____

Para Uso De Ofecina: B/P _____ Pulse _____ Resp. _____ Temp. _____

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica relacionada con mi tratamiento o información necesaria para procesar las reclamaciones de seguro y el pago de beneficios médicos a mí o a la parte que acepta misiones. Esta autorización permanecerá válida hasta que sea revocada por mí por escrito. Entiendo que soy legalmente responsable de todos los cargos, ya sea reembolsado o no por mi compañía de seguros.

Firma X _____ Fecha _____

FIRMA MEDICARE EN EL ARCHIVO Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre de Permian Basin Foot and Ankle por cualquier servicio proporcionado por el proveedor / proveedor listado. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de Salud ya sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica "otro seguro de salud" en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información al asegurador o agencia que se muestra. En los casos asignados por Medicare, el proveedor del proveedor acepta aceptar la determinación de cargo del proveedor de Medicare como el cargo completo y el paciente es responsable únicamente por el deducible, el coaseguro y los servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en la determinación de cargos del proveedor de Medicare.

NOMBRE DEL PACIENTE (Por Favor Imprimir): _____ FIRMA
DEL PACIENTE: _____
MEDICARE DEL PACIENTE NO. _____
FECHA: _____

PROVEEDOR: Nombre, Dirección y Código Postal

Permian Bain Foot and Ankle
420 E 6a Suite 104 Odessa
TX 79761

Joseph C. Morgan, D.P.M. Y Asociados están comprometidos a proteger la privacidad Y la seguridad de la información de salud individual identificable y otras Información de salud de carácter confidencial para esta práctica médica, tal como se establece La portabilidad del seguro de salud y la ley de responsabilidad. ("HIPPA")

Por la presente reconozco que he leído esta "Notificación de Prácticas de Privacidad".

Firma De Paciente: _____

Firma De Testigo: _____

A. Permian Basin Foot & Ankle**B. Nombre del paciente:****C. Número de identificación:**

Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN) NOTA: Si Medicare no paga visita al consultorio, tratamiento y suministros a continuación, usted deberá pagar. Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Prevemos que Medicare no pagará visita al consultorio, tratamiento y suministros_a continuación.

D.	E. Razón por la que no está cubierto por Medicare:	F. Costo estimado
11721- Cuidado de rutina de los pies	Si Medicare o su Seguro no paga ninguno de los procedimientos o productos, estos cargos pueden aplicarse	\$ 65.00
11720- Cuidado de rutina de un pie		\$ 40.00
11055- Eliminar tejido muerto del callo		\$ 40.00
17110- Lesión de piel/(verruja) ojo de pez		\$ 50.00
11042-Desbridamiento de heridas		\$ 75.00
L4360- Bota para caminar		\$150.00
Zapatos y plantillas para Diabéticos		\$250.00
Visita al consultorio, tratamiento y suministros		

Lo que usted necesita hacer ahora:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir visita al consultorio, tratamiento, y suministros mencionados anteriormente.

Nota: Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

OPCIÓN 1. Quiero visitar el consultorio, tratamiento y suministros_mencionado anteriormente. .

Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare/Seguro** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare/Seguro paga, se me reembolsará los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

OPCIÓN 2. Quiero visita al consultorio, tratamiento y suministros_mencionado anteriormente, pero que no se cobre a

Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago.

No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.

OPCIÓN 3. No quiero visita al consultorio, tratamiento y suministros_mencionado anteriormente.

Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

H. Información adicional: En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

--	--

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, por favor llame al: 1-800-MEDICARE o escriba al correo electrónico:

AltFormatRequest@cms.hhs.gov.