

BIENVENIDOS

Gracias por elegir nuestro equipo de atención de salud! Haremos todo lo posible para ofrecerle la mejor atención médica posible. Para ayudarnos a cumplir con todas sus necesidades de atención médica, por favor llene este formulario completamente en tinta. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregúntenos - estaremos encantados de ayudarle.

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NOMBRE: _____

DESEO SER LLAMADO: _____

MASCULINO FEMENINO SOLO DIVORCIADO CASADO MENOR SEPARADO VIUDO

DIRECCIÓN: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____

REFERIDO POR: _____

TELÉFONO

TELÉFONO DE CASA: _____ EXT. #: _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

¿DONDE PREFIERE RECIBIR LLAMADAS? : CASA TRABAJO CELLULAR

¿CUANDO ES EL MEJOR MOMENTO PARA LLAMAR? : HORA: _____ DÍA: _____

¿EN CASO DE EMERGENCIA, QUIÉN DEBEMOS CONTACTAR? : NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____ TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACIÓN A EL PACIENTE: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

SEGURO ADICIONAL

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACIÓN A EL PACIENTE: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

- Autorizo la divulgación de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí o a mi hijo/a durante el período de esa atención a los pagadores terceros y/u otros profesionales de la salud.

- Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al médico o seguro de grupo de médicos de otro modo pagadero a mí.

- Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos de la factura real de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

Firma del paciente o padre/tutor si es menor: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE SALUD

SU MÉDICO ALGUNA VEZ LE A DICHO QUE TIENE:

- Problemas respiratorios (como asma, enfisema, tuberculosis)..... SI / NO
- Artritis SI / NO
- Gota SI / NO
- Alta Presion Sanguinea SI / NO
- Problemas de la tiroides SI / NO
- Problemas del corazón SI / NO
- Cáncer SI / NO
- Problemas de circulación sanguínea SI / NO
- Problemas neurológicos SI / NO
- Diabetes SI / NO
- Úlceras estomacales o intestinales SI / NO
- Hepatitis SI / NO
- Enfermedad renal o hepática SI / NO
- Fiebre reumática o la escarlatina SI / NO
- Enfermedad de la piel (como psoriasis o erupción)..... SI / NO

¿Está tomando algún medicamento? SI NO Anote todos los medicamentos y las dosis: _____

¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento, por favor enumere: _____

Cirugías anteriores y fechas aproximadas: _____

¿Ha tenido alguna lesión traumática o huesos rotos? Por Favor Liste: _____

¿Ha tenido alguna complicación de enfermedades de la infancia? Por Favor Describa: _____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____

¿Cuál es el nombre de su médico primario? _____

¿FUMA? SI NO Si es así, ¿cuánto? _____

¿Bebe alcohol? SI NO Si es así, ¿cuánto? _____

Yo doy mi permiso a Advanced Foot Care and Clinical Research Center para administrar el tratamiento y llevar a cabo los procedimientos que pueda ser considerado en el diagnóstico y el tratamiento de mi condición de pie.

Firma del paciente o padre/tutor si es menor: _____ Fecha: _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si así lo decido) y entendido el Aviso.

Firma del paciente o padre/tutor si es menor: _____ Fecha: _____

RESPECTO DE SU PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise cuidadosamente.

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

La información de salud es privada. Y debe seguir siendo privado. Es por ello que esta práctica médica es requerida por ley federal y estatal para proteger y mantener la privacidad de información sobre su salud. Lo llamamos "información médica protegida" (PHI). Este base para la protección federal de la privacidad es Accountability Act (HIPAA) y su normativa de desarrollo, conocida como la "Regla de Privacidad" y "regla de seguridad" y otras leyes federales y estatales de privacidad.

QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de privacidad de la información seguidas por la práctica médica, nuestros empleados y personal relacionado. Las prácticas descritas en este aviso también pueden ser seguidos por los proveedores de atención de la salud, que son miembros de nuestro personal médico, si han optado por cumplir con su contenido. Esta práctica médico sigue las prácticas contenidas en este aviso. Otros médicos han creado su propio aviso. Se requieren los miembros del personal médico que optan por no cumplir con este Aviso de darle un aviso separado que expliquen sus prácticas de privacidad. Cada participante que se une en esta Notificación conjunta de prácticas de privacidad sirve como su propio agente para todos los aspectos de la HIPAA, excepto la entrega de este Aviso Conjunto. Para problemas o preguntas específicas del hospital, no dude en ponerse en contacto con el hospital directamente. Miembros del médico de práctica, empleados, voluntarios y personal relacionado, incluyendo los miembros del personal médico que han optado por cumplir con su contenido, deben seguir este aviso con respecto a:

- ¿Cómo usamos su PHI
- La revelación de su PHI a otros
- Derecho a la privacidad
- Nuestros Deberes Privacidad

• Contactos de práctica del médico para obtener más información o, si es necesario, una Queja

UTILIZAR O DIVULGAR SU PHI PARA TRATAMIENTO

Durante el curso de su tratamiento, utilizamos y divulgamos su PHI. Por ejemplo, si ponemos a prueba la sangre en nuestro laboratorio, un técnico compartirá el informe con su médico. ¿O vamos a utilizar su PHI a seguir las indicaciones del médico para un examen de rayos X, cirugía u otros tipos de procedimientos relacionados con el tratamiento.

PARA OPERACIONES DE SALUD

Su expediente médico y PHI podrían utilizarse en las evaluaciones periódicas de los médicos acerca de la calidad de la atención del hospital. O podemos utilizar el PHI de pacientes reales en sesiones de educación con formación los estudiantes de medicina en el hospital. Otros usos de su PHI pueden incluir la planificación de negocios para el hospital o la resolución de una queja.

UTILIZAR O DIVULGAR SU PHI PARA TRATAMIENTO

Durante el curso de su tratamiento, utilizamos y divulgamos su PHI. Por ejemplo, si ponemos a prueba la sangre en nuestro laboratorio, un técnico compartirá el informe con su médico. ¿O vamos a utilizar su PHI a seguir las indicaciones del médico para un examen de rayos X, cirugía u otros tipos de procedimientos relacionados con el tratamiento.

PARA OPERACIONES DE SALUD

Su expediente médico y PHI podrían utilizarse en las evaluaciones periódicas de los médicos acerca de la calidad de la atención del hospital. O podemos utilizar el PHI de pacientes reales en sesiones de educación con formación los estudiantes de medicina en el hospital. Otros usos de su PHI pueden incluir la planificación de negocios para el hospital o la resolución de una queja.

USOS ESPECIALES

Su relación con nosotros un paciente puede requerir el uso o divulgación de PHI a fin de

- recordarle una cita para recibir tratamiento
- Informarle sobre alternativas de tratamiento y opciones
- Informarle sobre nuestros otros beneficios y servicios de salud
- Pedirle que contribuir a nuestras actividades caritativas, a menos que usted nos diga no preguntar. Usted tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de comunicaciones.

SU AUTORIZACIÓN PUEDE SER NECESARIO

En muchos casos, podemos usar o revelar su PHI, como se resume anteriormente, para el tratamiento, pago o permita la ley. En otros casos, tenemos que pedirle su autorización por escrito con instrucciones específicas y límites a nuestro uso o divulgación de su PHI. Esto incluye, por ejemplo, uso o divulgación de notas de psicoterapia, usos o divulgaciones para fines que hacen, ni de las divulgaciones para fines de marketing, o para cualquier divulgación, que es una venta de su PHI. Usted puede revocar su autorización si cambia de opinión más adelante.

CIERTOS USOS Y DIVULGACIÓN DE SU PHI REQUIERE o permita la ley

Como la práctica del médico, debemos cumplir con muchas de las leyes y reglamentos que, o bien nos requerido o nos permiten usar o divulgar su PHI.

USOS Y REVELACIONES REQUERIDO O PERMITIDO

- Si usted no se opone verbalmente, podemos incluir información que lo identifique en el directorio de pacientes de visitantes durante su estadía en pacientes internados en el hospital. Esta información puede incluir su nombre condición general y afiliación religiosa, en su caso.
- Si usted no se opone verbalmente, podemos compartir algo de su PHI con un miembro de la familia o amigo involucrado en su cuidado.
- Podemos utilizar su PHI en una emergencia cuando no son capaces de expresarse.
- Podemos usar o divulgar su PHI para la investigación si recibimos ciertas garantías, que protegen su privacidad.

PODEMOS TAMBIÉN USAR O DIVULGAR SU PHI

- Cuando sea requerido por la ley, por ejemplo cuando es ordenado por un tribunal.
- Para la salud pública activa que incluye la presentación de informes de una enfermedad contagiosa o reacción adversa a la Administración de Alimentos y Drogas.
- Para informar de negligencia, abuso o violencia doméstica.
- Para reguladores o agentes del gobierno para determinar el cumplimiento de las normas y reglamentos aplicables.
- En los procedimientos judiciales o administrativos, en respuesta a una citación válida.
- Para un juez de instrucción a los efectos de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte, o para otros requisitos legales.
- Si tenemos razones para creer que el uso o divulgación no evitarán un peligro para la salud o para responder a una amenaza a

la seguridad pública incluyendo un crimen inminente contra otra persona.

- Por razones de seguridad nacionales incluyendo el Servicio Secreto o si usted es personal de las Fuerzas Armadas y que se considere necesario por las autoridades militares correspondientes.
- En relación con ciertos tipos de programas de donantes de órganos.
- Para las encuestas, incluidas las encuestas de satisfacción del paciente.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD Y CÓMO EJERCERLOS

Bajo el programa de privacidad requerida por el gobierno federal, los pacientes tienen derechos específicos.

SU DERECHO A SOLICITAR LIMITED USO O DIVULGACIÓN

Usted tiene el derecho de pedir que no usamos o divulgamos su PHI de una manera particular. Debemos cumplir con su petición de restringir la divulgación de su plan de salud si:

- La divulgación es con el propósito de llevar a cabo el pago y no es requerido por la ley; y
- El PHI se refiere únicamente a un elemento de cuidado de la salud o servicio que usted, o alguien más que no sea el plan de salud de Estados Unidos ha pagado en su totalidad. In other situations, we are not required to abide by your request if we do agree to your request, we must abide by the agreement.

SU DERECHO A LA COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de PHI de la práctica médica en un lugar que usted proporcione. Su solicitud debe ser por escrito, con. Su solicitud debe ser por escrito, nos proporcione la otra dirección y explicar si la solicitud va a interferir con su forma de pago.

SU DERECHO A REVOCAR SU AUTORIZACIÓN

Usted puede revocar, por escrito, la autorización que nos ha concedido para el uso o divulgación de su PHI. Sin embargo, si nos hemos basado en su consentimiento o autorización, podemos utilizar o divulgar su PHI hasta el momento usted revoca su consentimiento.

SU DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI (o una copia electrónica si el PHI se encuentra en un registro médico electrónico), si así lo solicita por escrito. Podemos negarnos a darle acceso a su PHI si creemos que puede causarle daño, pero hay que explicar por qué y ofrecerle a alguien para ponerse en contacto con una revisión de nuestra negativa.

SU DERECHO A MODIFICAR USTED PHI

Si no está de acuerdo con su PHI dentro de nuestros registros, usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, que modifiquemos su PHI cuando se trata de un disco que hemos creado o mantenido por nosotros. Podemos negarnos a hacer la enmienda y usted tiene derecho a estar en desacuerdo en retorciéndose. Si todavía no estamos de acuerdo, podemos preparar una contra-declaración. Su declaración y nuestro contador-declaración se deben hacer parte de nuestro historial de ti.

SU DERECHO A SABER QUIÉN MÁS VE SU PHI

Usted tiene el derecho de solicitar un informe de ciertas revelaciones que hemos hecho de su PHI durante los últimos seis años, pero no antes del 14 de abril de 2003. No está obligado a dar cuenta de todas las revelaciones, incluyendo las realizadas a usted, autorizada por usted o los relacionados con el tratamiento, y el pago. No hay ningún cargo para un contable anual, pero puede haber cargos por informes adicionales. Le informaremos si hay un cargo y usted tiene el derecho de retirar su solicitud, o pagar para proceder.

SU DERECHO A SER NOTIFICADO DE INCUMPLIMIENTO

Usted tiene el derecho a ser notificado por incumplimiento de la PHI no segura.

SU DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE PAPEL DE ESTE AVISO

Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de esta notificación previa solicitud, incluso si usted ha acordado recibir el Aviso electrónicamente.

ALGUNAS DE NUESTRAS OBLIGACIONES DE PRIVACIDAD Y CÓMO CUMPLIRLAS

Información sanitaria reglas federales de privacidad nos exigen que le demos aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI y para que le notifique por incumplimiento de la PHI no segura. El documento es nuestro aviso. Vamos a cumplir con las prácticas de privacidad establecidas en este aviso. Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de prácticas de privacidad, le proporcionaremos una copia para llevar con usted a petición y nosotros publicaremos el nuevo aviso.

CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES ESTATALES

Cuando usamos o divulgamos su PHI como se describe en este aviso, o cuando ejercitamos algunas de sus derechos establecidos en este aviso, podemos aplicar las leyes estatales le proporcionan mayores derechos o la protección de su PHI. Por ejemplo, algunas leyes estatales que se ocupan de los registros de salud mental pueden requerir su consentimiento expreso antes de su PHI podría ser divulgado en respuesta a una citación. Otra ley estatal nos prohíbe divulgar una copia de su expediente para usted hasta que haya sido dado de alta del hospital. Cuando las leyes estatales no están en conflicto o si estas leyes no le ofrecen mejores derechos o una mayor protección, vamos a seguir para proteger su privacidad mediante la aplicación de los reglamentos federales.



7210 N Milburn Ave Ste 101
Fresno CA 93722

457 E Almond Ave Ste 103
Madera CA 93637

Tel: (559) 224-5101
Fax: (559) 224-4396

www.dr Mukker.com