

**Premier Foot & Ankle**

1410 Plaza Drive, Winston Salem, NC 27103

Teléfono (336) 768-8848 Fax (336) 768-3078

Dr. Jason Zeigler, DPM

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
(Medio Nombre Iniciales) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Género: Masculino o femenino

Edad: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia y Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Médico Primario/Cabecera: \_\_\_\_\_ Última cita que tuvo: \_\_\_\_\_

- ¿Cuál es la queja principal del pie/tobillo? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto tiempo le ha estado molestando? \_\_\_\_\_
  - ¿Fecha de lesión, si corresponde? \_\_\_\_\_
- ¿Tratamientos previos? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO (Marque todo lo que corresponda)**

- SIDA/VIH     Reflujo ácido (GERD)     Epilepsia     EPOC(COPD)     Alta Presión
- Anemia     Cataratas     Gota     Derrame cerebral     Fibrilación auricular
- Artritis     Colesterol     Dolor de coyunturas     Úlceras estomacales     Cardiopatía del corazón
- ASMA     Dolor de Pecho     Hepatitis     Tuberculosis     Reemplazo de válvula cardíaca
- Ansiedad     Dolores de cabeza crónicos     Venas varicosas     Tiroides     Reemplazo de coyunturas
- Depresión     Fibromialgia     Enfermedad del hígado     ¿Cáncer/Tipo? \_\_\_\_\_

- ¿Está actualmente embarazada o amamantando? \_\_\_\_\_
- Enfermedad del Riñón (Nefropatía): SI o NO    En caso afirmativo, ¿está en diálisis? SI o NO

•¿Eres **DIABÉTICO**? SI o NO

SI SÍ ¿cuál fue su última **Hemoglobina A1C**? \_\_\_\_\_ Fecha de A1C: \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el nivel de azúcar en la sangre en ayunas por la mañana? \_\_\_\_\_

CIRCULAR TIPO DE TRATAMIENTO(S): Insulina O Píldoras

•¿Ha tenido alguna **ÚLCERA** anterior? [LISTE CUÁNDO Y DÓNDE] \_\_\_\_\_  
Otras Condiciones(es) Médica(s)?: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar**

**Historial Social**

- |  |                                       |                                    |                             |  |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Extremidades | <u>Estado Civil</u>                   | <u>Alcohol</u>                     | <u>Drogas Recreativas</u>   | <u>Nicotina</u>  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Soltero/a    | <input type="checkbox"/> Nunca     | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Nunca                                 |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía del corazón | <input type="checkbox"/> Casado/a     | <input type="checkbox"/> A veces   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> Anteriormente, Renuncie: _____        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Ocasional | Lista: _____                | <input type="checkbox"/> Actualmente, ¿Paquetes por día? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cicatrices Queloides    | <input type="checkbox"/> Viudo/a      | <input type="checkbox"/> Frecuente |                             |  |
| <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica    | <input type="checkbox"/> Vive Solo/a  |                                    |                             |  |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión            |                                       |                                    |                             |  |

Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Liste TODAS las Cirugías: \_\_\_\_\_

¿Se ha caído en los últimos 12 meses? Sí O No Si es así, ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Te sientes estable? Sí o No ¿Utiliza bastón, andador o silla de rueda? \_\_\_\_\_

Última vacuna contra la gripe (FLU) recibida: \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado regular de otros médicos? \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? \_\_\_\_\_

**Importante:** ¿Podemos dejar información médica en el contestador automático de su hogar, correo de voz o con un miembro de la familia para recordatorios de citas, resultados de laboratorio, cobertura de seguro, etc.?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Si la respuesta es no, indique el número que debemos usar: \_\_\_\_\_

**Consentir:** Certifico que la información en este paquete es verdadera y correcta para mi leal saber y entender. Doy mi permiso al médico para administrar y realizar los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico y/o tratamiento de mis pies, tobillos y pantorrillas. Acuso recibo de una copia del Aviso de prácticas de privacidad y acepto sus términos. Por la presente, autorizo que se envíe información médica a mi médico de atención primaria, así como con el propósito de procesar mi reclamo de seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma por un menor, indique su relación con el paciente: \_\_\_\_\_

(Uso en la oficina): Signos vitales: Altura \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ Número de calzado: \_\_\_\_\_

## Política financiera del paciente para Premier Foot & Ankle

Su comprensión de nuestra política financiera es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta, hable con el personal de recepción o con el supervisor.

- Como nuestro paciente, intentaremos verificar los beneficios para usted, incluidos algunos servicios especializados o referencias. Sin embargo, usted es responsable de todas las autorizaciones/derivaciones necesarias para recibir tratamiento con nosotros. Se recomienda a los pacientes que se comuniquen con su plan de seguro para obtener aclaraciones sobre los beneficios antes de que se presten los servicios.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y dicha compañía. Presentaremos su reclamo de seguro por usted. Usted acepta que su compañía de seguros le pague directamente al médico. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de un período razonable, tendremos que pedirle el pago.
- Hemos hecho arreglos previos con ciertos planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Facturamos aquellos planes con los que tengamos convenio y solo te exigimos que pagues el copago/co-seguro/deducible al momento del servicio. Si tiene cobertura de seguro con un plan con el que no tenemos un acuerdo previo, todos los cargos por su atención y tratamiento deben pagarse en el momento del servicio.
- Todos los planes de salud no son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto" o si no tiene una autorización, será responsable del cargo completo.
- Debe informar a la oficina de todos los cambios de seguro y requisitos de autorización/referencia. En caso de que no se informe a la oficina, usted será responsable de cualquier cargo denegado o recuperado.
- Facturamos a su seguro por los servicios prestados en el hospital. Cualquier saldo es su responsabilidad.
- Todos los procedimientos quirúrgicos electivos requieren el pago por adelantado de un mínimo del 50 % de la responsabilidad del paciente que dicta el seguro. Esto será debido a una semana antes de la cirugía. Si un paciente cancela la cirugía y no la reprograma dentro de los 30 días, se requerirá un depósito de \$100 para reprogramar. Esto solo se reembolsará (o se aplicará a la responsabilidad del paciente) después de que se realice la cirugía. Si la cirugía se cancela nuevamente, el depósito de \$100 no se reembolsará, a menos que la cancelación se deba a circunstancias extraordinarias.
- Las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobranza. Todos los costos incurridos (por ejemplo, honorarios de cobro, honorarios de abogados y honorarios de la corte) serán su responsabilidad además del saldo adeudado a esta oficina.
- Se agregará una tarifa de \$25 a su cuenta por cualquier cancelación que no se reciba dentro de las 24 horas de su cita, excepto en circunstancias extraordinarias que se pueden discutir con el gerente de la oficina.
- Hay un cargo por servicio de \$25 por todos los cheques devueltos. Su compañía de seguros no cubre esta tarifa.

**Entendemos que un paciente puede requerir ciertos procedimientos y equipos en algún momento durante el tratamiento. Tratamos de ser conscientes del costo, así como de las normas y reglamentos que nos dan (los Proveedores) las compañías de seguros. Ciertos seguros NO CUBRIRÁN ciertos productos o procedimientos. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con el personal de la oficina, pero tenga en cuenta que solo SEGUIMOS la póliza de seguro del paciente.**

**EL PACIENTE DEBE PONER SUS INICIALES EN CADA ÁREA A CONTINUACIÓN INDIQUE LA COMPRENSIÓN DE CADA**

**A. EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME):** El pago de DME y otros productos de venta libre vencen en el momento del servicio. A la compañía de seguros se le facturará el DME a pedido del paciente. Podemos tratar de dar una estimación aproximada del costo de los productos DME, sin embargo, la compañía de seguros con la que el paciente se ha asociado será quien finalmente asigne la responsabilidad financiera del paciente por este producto. Los pacientes tienen derecho a pedirle a la oficina que no le facturen a la compañía de seguros y pueden pedir una tarifa de pago por cuenta propia. Ninguno de los productos de venta libre está cubierto por un seguro.

**Entiendo la declaración anterior etiquetada como "A": INICIALES AQUÍ \_\_\_\_\_**

**Política financiera del paciente para Premier Foot & Ankle**

**B. DME Específicamente relacionado con Medicare:** Un producto DME está cubierto por Medicare **UNA VEZ CADA CINCO AÑOS** independientemente de dónde se dispensó el producto y por qué proveedor. Si sabe que cierto producto se ha despachado en los últimos 5 años, informe a la oficina. Si se produce algún cargo porque no se informó al consultorio, el paciente es responsable del pago.

**Entiendo la declaración anterior etiquetada como "B": INICIALES AQUÍ \_\_\_\_\_**

**No tengo Medicare y esto no me aplica: INICIALES AQUÍ \_\_\_\_\_**

**C. UÑAS ENCARNADAS:** A partir del 5 de marzo de 2023, el Seguro médico del estado sólo permitirá el pago de una **uña encarnada** por borde de cada dedo del pie **una vez cada 8 meses**. Medicare sólo permitirá el pago de **una avulsión permanente de una uña encarnada una vez** en toda una vida por borde por dedo del pie. Si estos procedimientos se realizaron bajo la cobertura de Medicare en estos plazos específicos por cualquier proveedor en cualquier estado, los pacientes serán responsables del pago a la tarifa de pago por cuenta propia. **Es responsabilidad del paciente informar a la oficina.** Si un paciente no informa al consultorio que este procedimiento se está realizando en otro lugar/otro proveedor y el seguro se niega por este motivo, se le enviará por correo al paciente una declaración de la tarifa de pago por cuenta propia. Los seguros comerciales pueden cambiar sus pautas en cualquier momento para seguir las pautas de Medicare.

**Entiendo la declaración anterior etiquetada como "C": INICIALES AQUÍ \_\_\_\_\_**

**D. CUIDADO DE UÑAS/CUIDADO DE CALLOS:** Las compañías de seguros cubren el cuidado de las uñas y los callos (cuidado de los pies de rutina) cada 62 días **SI** un paciente tiene medidas calificativas. Consulte al personal de la oficina si desea recibir una copia de estas pautas. Por favor **pregunte al doctor** y **no a los miembros del personal** si tiene preguntas sobre por qué califica o no según estas pautas. A partir de ahora, todos los seguros siguen las pautas de Medicare para el cuidado rutinario de los pies. Los pacientes aún deben pagar el copago, el deducible, el co-seguro, etc. según lo dicte su póliza de seguro. Si un paciente no tiene factores que califiquen, el cuidado de uñas y callos se puede realizar a nuestra tarifa de pago propio, Y el paciente acepta pagar en el momento del servicio. Los pacientes pueden programar citas de "cuidado de uñas/callos pagado por cuenta propia" en cualquier intervalo de tiempo o frecuencia.

**Entiendo la declaración anterior etiquetada como "D": INICIALES AQUÍ \_\_\_\_\_**

**E. CUIDADO DE RUTINA DE LOS PIES CONT.** De acuerdo con las pautas de Medicare, el nombre del médico y la fecha de la última visita del médico deben entregarse en el consultorio en el momento de su cita para facturar estos servicios, y el paciente debe ser atendido por su proveedor de atención primaria (o proveedor que trata la diabetes, si corresponde). esto es aplicable al paciente), dentro de los últimos 6 meses. **Entiendo la declaración anterior etiquetada como "E":**

**INICIALES AQUÍ \_\_\_\_\_**

**F. TASA DE AUTOPAGO:**

Si un paciente no tiene seguro, el paciente es responsable de la tarifa de pago propio que debe pagarse en el momento del servicio. Un paciente se considera un paciente nuevo si Premier Foot and Ankle no lo ha atendido durante 3 años. Los pacientes tienen derecho a rechazar que el proveedor envíe su reclamo a su compañía de seguros y, en su lugar, pueden elegir una tarifa de pago por cuenta propia. El paciente entiende que si elige una tarifa de pago por cuenta propia, la reclamación no se enviará a la compañía de seguros y el paciente es responsable de este pago en el momento del servicio. Los pagos por cuenta propia no se aplican a los deducibles del seguro. **Entiendo la declaración anterior etiquetada como "F":**

**INICIALES AQUÍ \_\_\_\_\_**

**Nombre del Paciente/Parte Responsable:**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma del testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que me ofrecieron y/o me proporcionaron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si así lo elegí) y comprendí el Aviso. Una copia impresa se encuentra en la recepción.

**Nombre del paciente (en letra de IMPRENTA):** \_\_\_\_\_

**Padre o representante autorizado (si corresponde)** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

PREMIER FOOT & ANKLE  
1410 Plaza Drive  
Winston Salem, North Carolina 27103

Yo, \_\_\_\_\_ **permito** las siguientes personas para obtener mi información/registros médicos de Premier Foot & Ankle. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar la oficina con cualquier cambio a quién permito que se divulgue mi información médica.

Yo, \_\_\_\_\_ **NO** deseo que otra persona que no sea yo obtenga mi información médica. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar personalmente a la oficina por escrito cualquier cambio a quién puedo permitir que se divulgue mi información médica.

**Por favor marque todos los que apliquen**

1. Nombre                                      Número de teléfono                                      Relación

\_\_\_\_\_

Información médica  Registros  En persona  Por teléfono

2. Nombre                                      Número de teléfono                                      Relación

\_\_\_\_\_

Información médica  Registros  En persona  Por teléfono

3. Nombre                                      Número de teléfono                                      Relación

\_\_\_\_\_

Información médica  Registros  En persona  Por teléfono

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_