

Dr. Margaret A Withrow, DPM
13660 N 94th Drive Suite A-3
Peoria, Arizona 85381
Phone 623-933-4646 Fax 623-933-4677

Fecha _____

Nombre de Paciente: _____ Numero de Seguro Social: _____

Domicilio (Local): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ Genero: M F

Telefono (Local) _____ Estado Civil: S M W D

Tel. Celular _____ Tel. Traba Jo _____

Persona Responsable _____ Telefono _____

Nombre de Conyuge _____

Familiar que no Viva Contigo _____ Numero de Telefono _____

Nombre de su medico familiar _____ Telefono de su medico _____

Correo electronico _____

* Categoria de gobierno, Si necesita Preguntenos

*Idioma Preferido _____ *Raza _____

*Grupo etnico _____

Informacion de Empleo

Empleador del paciente/Pedres _____ Empleador del Conyuge _____

Domicilio de Empleador _____ Domicilio _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Informacion de Farmacia

Nombre _____ Cruce de Caminos _____

Informacion de Aseguransa – Haremos copias

Aseguransa Principal _____ Aseguransa Secundaria _____
Telefono de Aseguransa _____ Telefono de Aseguransa _____
Domicilio de Aseguransa _____ Domicilio de Aseguransa _____
Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____
Numero De ID# _____ Numero de ID# _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre _____ Fecha _____
Estatura _____ Peso _____ Numero de Calzado _____
Razon por la visita? _____
Como se entero de nosotros? _____

HISTORIAL MEDICO

Verificar si usted tiene cualquiera de los siguientes:

Diabetes		Enfermedad del Rinon	
Ataque al Corazon		Enfermedad del Hgado	
Pression Abnormal		Ulceras Estomagales	
Problemas Vasculares		Enfermedad de Tiroides	
Raynud”S		Cancer (que Tipo)	
Enfisema		Artritis/Osteoartritis	
ASMA		Artritis Reumatoide	
Derrame Cerebral		Gota	
Epilepsia		Hinchazon Piez/Tobillo	

Otro: _____

Medicamentos regulares (Incluyendo Sin Receta) Incluya La Dosis: _____

Historial de Operaciones (Tipo y Fecha) _____

ALERGIAS

Sufre Alergias de los Siguiete: _____

	Reaccion		Reaccion
Penicilina		Adhesivo	
Aspirina		Latex	
Codeina		Mariscos	
Sulfa		Yodo	
Novocaina			

Otro, especifique: _____

HISTORIAL SOCIAL

Fuma? Si or NO Numero de paquetes al dia? _____ Algunavez a Fumado? Si or NO

Toma bebida Alcolicas? Si or NO Cuantas Onzas por semana? _____

Hace ejercicio? Si or NO

Occupacion: _____

HISTORIAL FAMILIAR

Tiene antecedents familiars de (margue lo que correspanda)

	Padre	Madre	Hermanos	Otro
Diabetes				
Enfermedad del Corazon				
Trastorno de la Sangre				
Problemas desangramiento				
Gota				
Artritis Reumatode				
Hipertension				
Derrame Cerebral				

Cancer (que Tipo) _____

Por favor marque todo la que apliquen austed:

Neurologicos:	hormigueo endurmecimiento quemason ciatico Otro:	Nada
Psiquiatrico:	depression ansiedad bipolar estress demencia Otro:	Nada
Ojos:	vision borrosa degeneracion macular problemas de vista Otro:	Nada
Nariz, garganta Y Boca:	alergias nasal sangrado de nariz dificultad al respirar Otro:	Nada
Cuello:	glandula inflamado problema de tiroides Otro:	Nada
Pecho:	dolor de pecho asma dificultad al respirar tuberculosis Otro:	Nada
Cardiovasculares:	murmur de corazon palpitaciones problemas de corazon Hinchason de piez varices Otro:	Nada
Gastrointestinal:	Inflamacion del colon constipacion ulcera Esofago de barret Otro:	Nada
Urinario:	Problemas Urinarios frecuentemente orina quemason Piedras en el higado Otro:	Nada
Piel:	sarpulido unas gruesas comeson en la piel cancer de piel Otro:	Nada
Sistemico	perdididad de peso sudor problemas de dormir perida de energia anemia moretones Otro:	Nada
Musculoesqueletico:	dolor en las coyunturas gota arthritis rigidez en las coyunturas Dolor de espalda Otro:	Nada

Firma del paciente y fecha _____

Revison de Doctor, firma y fecha: _____

Permiso para Declarar Informacion / Asignacion de Seguro

Tenemos su Permiso para:

Dejar mensaje en su contestadora en casa? _____ Si _____ NO

Dejar mensaje en su trabajo? _____ Si _____ NO

Discutir su condision medica con miembros de su hogar? _____ Si _____ NO

Si, y con Quien (Nombre de Persona) _____

Yo, autorizo permiso de proveer informacion medica necesaria en el proceso de mandar cargos finaanciero a mi seguro medico pro los servicios que obtuve en mis citas al medico. Yo autorizo permiso a Margaret A. Withrow, DPM PC. Para que obtengan beneficios de mi parte para servicios medicos que cubre mi seguro. Yo doy permiso de pagos directamente de mi aseguransa sean pagados a Margaret A Withrow, DPM PC. Permiso rendido de conversaciones verbales y infomacion medica sean disponible a medicaos dedicados a mi salud localisados en otros domiclios. Finalmente yo entiendo la responsabilidad financiera de cargos si mi aseguransa page o no page por servicios medicos. Toda esta informacion es correcta.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Politica de Cancelacion

En un esfuerzo para servir a nuestros pacientes y la comunidad, debemos utilizar nuestro tiempo eficazmente. Cuando un paciente hace una cita, se ha reservado unespacio para atender a sus necesidades, y preparar su expediente para la visita. Cuando una visita prevista no se completa, hay una perdida para ortro paciente que podria haber usado ese tiempo disponible. Por lotanto, pedimos que cuando no pueda asistir a su cita, se cancele por 60 menos veinticuatro horas antes de la cita. En caso de no cancelar o no llegar a su cita, se cobrara una tarifa de \$50.00 dolares.

Acepto recibo de esta politica y acuerdo efectuar el pago por la cantidad de \$50.00 en caso de que cancele una cita sin previo aviso apropiado o no presentarme a una cita programa da.

Firma de Paciente/O Representante _____

Fecha: _____

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elejirnos come su proveedor medico. Nos esforsamos por proveer el tratamiento mas actualizado y effective para el cuidado de sus pies y tobillos. Porfavor comprenda que el pagar su cuenta es parte de su tratamiento.

Pacientes de Medicare es requerido POR MEDICARE que pagen un deductible de \$140.00 dolares una ves al ano. Si, tienen un seguro secundario, porfavor aganolo saber.

Mercancia que no cobra su seguro o medicare, deben ser pagados ala hora de su visita.

Pacientes con seguros en el cual nosotros no participamos, seran responsables por su balance. Nosotros por cortesia cobraremos a su seguro, pero si no recibimos pago en 90 dias, transferiremos el balance ala persona responsable de pagar los gastos medicos.

Pacientes que no tengan seguro medico tendran que pager por los servicio rednidos, enel dia de su cita. Trataremos de presenter al paciente un calculo aproximado de la cuent antes que sea visto por el doctor. Planes de pagos no son acceptable.

Requerimos pago en forma de efectivo, giro-postal, cheque o Visa/Master Card/Discover.

Los copago y balances son debidos al tiempo de servicio. Habra un cobro de \$5.00 por cobros no pagadados en el tiempo de servicio.

Habra un cobro de \$25.00 por checkes devueltos.

Firma del paciente/ o responsable

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Procederes de la Nota de Privacidad del Proveedor

Yo, reconosco haber recibido la nota de privacidad de la oficina de la Dr. Margaret A Withrow, D.P.M.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Documentacion de esfuerzos de Buena fe, para obtener reconocimiento del paciente de Haber recibido la nota de privacidad del proveedor.

(Para su uso cuando el reconocimiento no puede obtenerse del paciente.)

Al paciente presente en la oficina se le dio una copia de la nota de privacidad de el proveedor. Se hizo el esfuerzo de obtener el reconocimiento de el/la paciente de haber recibido la nota de privacidad pero no se obtuvo porque:

- El paciente se nego a firmar
- El paciente no pudo firmar o iniciar porque:

- El paciente tuvo una emergencia medica, y un intento de obtener el reconocimiento se hara en la proxima oportunidad disponible.
- Otro Razon(Describir)_____

Firma de Empleado

Fecha