



Información Personal

Primer Nombre _____ Segunda Inicial: _____ Apellido: _____
Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # Seguro Social: _____
Estado Marital: _____ Correo Electrónico: _____
Dirección: _____ Apt# _____
Ciudad _____ Estado: _____ Cód. Postal _____
Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Contacto de Emergencia (Nombre) _____ Relación: _____
Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

¿A quién podríamos agradecer por haberlo referido a esta oficina?

Información del Médico Primario

Médico Primario / Médico que lo refirió: _____ Fecha de última visita: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Información del Seguro Médico

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación al paciente: _____
Seguro Primario: _____ ID # _____
Seguro Secundario: _____ ID # _____
Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ # Seguro Social: _____

Asignación de Seguro Médico y Autorización para Revelar su Información Médica

Yo certifico que tengo cobertura médica con _____ y asigno directamente al **Dr. Ibrahim Haro** todos los beneficios del seguro que fuesen de otro modo pagaderos a mi persona por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos ya sean pagados o no por mi seguro médico. Autorizo la usa de mi firma en todos los sometimientos al seguro. El doctor antes mencionado puede usar mi información médica y puede revelar esta información a la compañía(s) de seguro antes mencionada(s) y a sus agentes con el propósito de obtener el pago necesario para los servicios prestados y para determinar los beneficios pagaderos por los servicios médicos prestados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual sea completado o un año después de la fecha de la firma a continuación.

Autorización de MEDICARE/MEDIGAP

Yo solicito que los pagos autorizados de los beneficios de Medicare, y si aplicase, de Medigap me sean pagados a mí en nombre de **Haro Podiatry Center** o directamente a ellos por cualquier servicio que me haya provisto este proveedor. En la medida permitida por la ley, yo autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a los arrendamientos con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, mi aseguradora MEDIGAP y sus agentes a pedir cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios para servicios relacionados.

Nombre del Beneficiario, Tutor, o Representante Personal

Date

Firma del Beneficiario, Tutor, o Representante Personal

Date



Esta es la parte más importante de este documento.

Enumere cualquier alergia que usted tenga:

Enumere cualquier condición de salud de la que padezca:

Enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente:

Ha habido algún cambio en los pasados meses con relación a su (**Marque las que correspondan**)

Peso

Trabajo

Actividad

Calzado

Piso en casa o trabajo

Si ha marcado alguna de estas opciones, por favor explique más detalladamente:

Por favor díganos cuál es su condición específica con relación a sus pies

Con relación a su queja(s) principal (es), ¿qué le gustaría lograr durante su primera visita?

Con relación a su queja(s) principal (es), ¿qué le gustaría lograr en un futuro cercano que no puede hacer actualmente? (**Por favor incluya metas intermedias y a largo plazo**)

Certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta según mi conocimiento

Nombre del Beneficiario, Tutor, o Representante Personal

Date

Firma del Beneficiario, Tutor, o Representante Personal

Date



AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I. Reconocimiento de recibo

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Haro Podiatry Center.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente/padre o Tutor

II. Designación de ciertos parientes, amigos cercanos y otros cuidadores como mi representante personal

Estoy de acuerdo que Haro Podiatry Center puede revelar ciertos pedazos de mi información de salud a un representante personal de mi elección, ya que dicha persona está involucrada con mi atención médica o en el pago relacionado con mi atención médica. En ese caso, Haro Podiatry Center revelará sólo la información que es directamente relevante a la participación de la persona con mi atención médica o en el pago relacionado con mi atención médica.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento o SSN: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento o SSN: _____

III. Solicitud para recibir información confidencial por medios alternativos

Conforme a lo dispuesto por el artículo de la regla de privacidad (Sección 164.522 (b)), por la presente solicito que Haro Podiatry Center se comunique conmigo de la forma anotada a continuación:

Número de teléfono de casa:

Podemos dejar mensajes con información detallada Solo dejar mensaje con número de la oficina

Número de teléfono de celular:

Podemos dejar mensajes con información detallada Solo dejar mensaje con número de la oficina

Número de teléfono del trabajo:

Podemos dejar mensajes con información detallada Solo dejar mensaje con número de la oficina

Número de fax:

Podemos mandar faxes al siguiente número: _____

Correo Electrónico:

Podemos mandar mensajes al correo electrónico dado previamente.

1. Las autorizaciones anteriores son de carácter voluntario y puedo negarme a sus términos sin afectar ninguno de mis derechos a recibir asistencia médica en la práctica.
2. Estas autorizaciones podrán ser revocadas en cualquier momento mediante notificación a la práctica por escrito a la dirección postal de la práctica marcada para la atención al agente de conformidad de HIPPA.
3. La revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto sobre las revelaciones que ocurren antes de la ejecución de cualquier revocación.
4. Si usted lo solicita, una copia de la información descrita en este formulario se puede obtener en la recepción.
5. Este formulario se llenó por completo antes de ser firmado, reconozco que todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción y que entiendo completamente este formulario de autorización.
6. Esta autorización es válida a partir de la fecha que he firmado abajo, y permanecerán vigentes hasta que sean modificados o revocados.

Nombre del Beneficiario, Tutor, o Representante Personal

Date

Firma del Beneficiario, Tutor, o Representante Personal

Date



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA

E-Prescribing es definido como la habilidad de un médico de mandar electrónicamente una receta legible y libre de error directamente a una farmacia. El congreso ha determinado que la habilidad de mandar recetas electrónicamente es un elemento importante que mejora la calidad del servicio al paciente. E-Prescribing reduce grandemente errores en medicamentos y mejora la seguridad del paciente. La legislación de Modernización de Medicare (MMA) 2003 enumeró estándares que deben ser incluidos en el programa de E-Prescribe.

Estos incluyen:

- Le otorga al prescriptor información acerca de que medicamentos están cubiertos por el plan de seguro.
- Le provee al médico información sobre medicamentos que el paciente esté tomando actualmente para reducir el número de eventos de reacciones adversas.

Yo autorizo a Haro Podiatry Center a ver mi historial externo de medicamentos via E-prescribing. Entiendo que este historial incluye múltiples proveedores médicos, compañías de seguro, farmacias y administradores de beneficio de farmacias pueden ser vistos por el doctor y su personal aquí en Haro Podiatry Center y puede incluir recetas que han sido prescritas varios años atrás, recetas para tratar el VIH, adicción a sustancias químicas y condiciones psiquiátricas, si fuese necesario. Yo entiendo que mi historial de medicamentos será parte de mi expediente aquí en Haro Podiatry Center.

Entendiendo todo lo dicho anteriormente, doy consentimiento a Haro Podiatry Center que me inscriban en el programa de E-Prescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta ser cambiado o revocado.

Nombre del Beneficiario, Tutor, o Representante Personal

Date

Firma del Beneficiario, Tutor, o Representante Personal

Date