

Advanced Foot Care, LLP

**Ira Kraus, DPM *Palmer Branch, DPM, Aaron Solomon, DPM Clair Bello III, DPM
Diplomate, American Board of Podiatric Surgery

Informacion del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion: _____
Calle Apt.# Ciudad Estado codigo postal

S.S.#: _____ - _____ - _____ Sexo: Varon Hembra

Telefono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

En Caso de Emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____

Telefono: Casa () _____ Trabajo() _____ Celular() _____

Partido Responsable/ Aseguranza Principal (si es diferente del paciente):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relacion: _____

Direccion: _____
Calle Apt.# Ciudad Estado Codigo Postal

S.S.#: _____ - _____ - _____ Sexo: Varon Hembra

Telefono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Empleador: _____ Telefono de trabajo: () _____

Como fue usted referido a nuestra oficina?:

Yo certifico que la informacion dada es verdad y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad de notificar Advanced Foot Care, LLP de cualquier cambio de informacion.

Firma del Paciente/ O del Guardian: _____ **Fecha:** _____

2368 Battlefield Pkwy Ft Oglethorpe, GA 30742 (706) 861-6200	4308 Brainerd Rd Chattanooga, TN 37411 (423) 698-1966	5741 Highway 153 Hixson, TN 37343 (423) 875-9211	12978-B North Main St Trenton, GA 30752 (706) 657-2467	8142-B E Brainerd Rd Chattanooga, TN 37421 (423) 553-8556	1716 Cleveland Hwy #104 Dalton, GA 30721 (706) 259-6882
--	---	--	--	---	---

"We, Advanced Foot Care, LLP, are pledged to improve the quality of life through treatment of foot and ankle disorders. Our team is committed to a relationship based upon care, concern, and compassion. We will always strive to enjoy what we do."

ADVANCED FOOT CARE, LLP ASIGNACION DE BENEFICIOS FINANCIEROS CONCORDANCIA

Mi firm hacia abajo de esta hoja autoriza pagos por el servicio rendido hacia mi o algun (os) de mi dependiente (s) que seran directamente para Advanced Foot Care, LLP. Esta autorizacion es valida hasta que yo notifique Advanced Foot Care en escrito o que sea revocada.

Yo entiendo que yo soy responsable por dar "Advanced Foot Care, LLP" la correcta informacion de mi aseguranza en el momento de servicio. Advanced Foot Care, LLP acepta en enviar el bil a su aseguranza primaria. Si usted tiene mas de una aseguranza nosotros enviaremos el bil a la aseguranza secundaria una sola ves por cortesia. Si el pago no es recibido por su aseguranza secundaria entre medio de 45 dias de su balance entonces sera su responsabilidad. Toda la informacion de su aseguranza se necesitara ser suministrada a nuestra oficina, en el momento de servicio.

Yo entiendo que soy responsable por obtener la referencia correcta y posiblemente sere responsable por algunos cargos que no sean cubierto (s) por mi aseguranza por el motivo de no obtener la correcta referencia requerida.

Yo acepto pagar por servicios no cubiertos por el plan de mi aseguranza (servicios por el cual hay excepciones de poliza).

Yo entiendo que Advanced Foot Care, LLP no es responsable por saber si el grupo/medico es un participante de proveedores con mi plan de aseguranza.

Nosotros en Advanced Foot Care, LLP esperamos que toda la cuenta sea pagada en el momento de recibir los dos ultimos biles. Si su cuenta no a sido pagada en la cantidad completa o no a sido ablado con el departamento de biles para hacer un plan de pago nosotros le cobraremos \$10 por re-mandar, por cada bil que mandemos. Si usted ha hecho arreglos con nuestra oficina entonces nosotros no le cobraremos el cargo por re-mandar de nuevo el bil. Su cuenta sera entregada a la ajencia de colecciones si usted no hase caso de su arreglo de pago.

Yo entiendo que hay un cargo de \$25.00 por cada cheque que sea rebotado.

Yo entiendo que si yo no hablo para cancelar mi cita en 24 horas abra un cargo de \$25 que sera aplicado a mi cuenta. Que no esta cubierto por la aseguranza.

Yo entiendo que yo soy responsable por todo el balance que no sea pagado por mi portador de seguro, incluyendo deductibles, co-pagos, y co-aseguransa y multas por fuera de servicios. Yo profundamente entiendo que si este balance es suelto o mandado a la ajencia de colecciones que yo sere responsable por todo costo de colección y cualquier cargo que haga de abogado, o corte requerido por esta oficina.

Firma del Paciente O Pacientes Guradianes O Representante Legal

Fecha

Nombre del Paciente , Guardian, O Representante Legal

Fecha

Historial Medico

1. Medico Principal: _____
 Numero de Telefono: () _____ Fecha de ultima visita: _____

2. Explique el problema del pie/ tobillo: _____

3. Hase cuanto tiempo empezo este problema? (dias, semanas): _____
 Describa el dolor/ discomformidad: ardura entumecido dolor fuerte otro: _____

4. Cuales son algunas cosas que hace mejorar el dolor? _____

5. Cuales son algunas cosas que hace empeorar el dolor? _____

6. Se ha tratado esta condicion en el pasado SI NO cuando y como? _____

7. **Historia Medico:**

Anemia	Gota	Rinones	Artritis
Desordenes de la sangre	Enfermedad del corazon	Pulmones	Prostata
Cancer	Hepatitis	Valvula Mitral	Fiebre Reumatica
Diabetes	Colesterol	Desorden de los Nervios	Tiroides
Epilepsia	HIV/ Sida	Neurologico	Embolio
	Tension arterial alta	Osteoartritis	Otro: _____

8. **Medicamentos:** Incluya recetadas, sobre el contador, y vitaminas:

9. **Alergias:**

Penicilina	Ningunos	
Narcotico / Codeina	Aspirina	Concha de pescado
Sulfa	Anestesia	Otro _____
	Contrasto Radiografico/ Intravenoso	

10. **Historia Quirurgica:**

Ha tenido alguna operacion?: SI NO
 Describa:(operacion/fecha): _____

11. **Historia Social:**

El uso de tabacco *Cuantos paquetes por dia? _____ Toma bebida alcolicas Ejercicios El uso de cafeina
 El uso de drogas (recreacional,IV) Esta embarazada? SI NO Esta dando pecho? SI NO

12. **Occupacion/Trabajo:** _____

13. **Historia Familiar:** (mencione la relacion de miembro(s) que tienen o ha tenido estos problemas)

Diabetes	Enfermedad del corazon	Desordenes de sangre	Mental
Tension arterial alta	Embolio	Pulmones	Cancer
Reumatologico	Otra Historia Familiar: _____		

Advanced Foot Care, LLP Revision de Sistema

1. Sintomas Constitucional:

Fiebres Escalofrios Sudor Perdida de Peso **NINGUNO**

2. Cabeza, Ojos, Ohidos, Nariz Y Garganta: Usted tiene.....

Usa: Contactos Dentaduras Lentes **NINGUNOS**
 Tiene: Doble Vision Cataratas Mareos Sonido en el Oido
 Dificultades a Tragar Dolor de Cuello Dolor de Garganta
 Sangramiento de la Nariz **NINGUNOS**

3. Cardiovascular:

Dolor de Pecho/Ataque de Corazon Congestadura del Corazon Murmullo del Corazon Palpitaciones
 Hinchazon en la Pierna/Tobillo Dolor de Pierna con/ Ejercicio Operacion Cardiovascular **NINGUNOS**

4. Hematologica /Lynfatico (sangre) Historia de:

Sangramiento Anormales Anemia Bola de Ingle o Axila Linforma
 Hinchazon de Glandulas **NINGUNOS**

5. Respiratorio:

Corto al respirar Enfisema Toz Bronquitis
 Dificultad de respiracion Resuello Asma Enfermedad Pulmonar
 Tuberculosis Pulmonia **NINGUNOS**

6. Gastrointestinal:

Náusea Vomito Diarrea estreñimiento Estomago Ulceras
 Disminucion del Apetito Sangre Rectal Hepatitis Reflujo **NINGUNOS**

7. Endocrina:

Sediento a Menudo Urinacion Frecuentamente Enfermedad del Rinon Pancreatitis
 Diabetes Problema de la Prostata Desorden de la Tiroides **NINGUNOS**

8. Musculoskeletal:

Tendonitis Bursitis Fractura de Hueso Artritis
 Debilidad de Miembros Debilidad Dolor en las Articulaciones **NINGUNOS**

9. Nervioso: Historia De systema.....

Migrana Convulciones Embolio Desordenes Nerviosos
 Ataxia (perdida de balance) Afasia (perdida de habla) Confusion Desmayarse
 Neuropatia (perdida de sensacion) Dificultades de Discurso **NINGUNOS**

10. Integumentary:

Ronchas Ulcera en la Piel Lesiones Sensibilidad al Sol
 Cambio en color de la Piel Tumores en Piel Infecciones Recurrentes Resequeda de la Piel
 Eczema Cicatrices Perdida del Pelo **NINGUNOS**

11. Psiciatra: Historia de...

Nervosidad Tension Depresion **NINGUNOS**

Al mayor de mi conocimiento, las preguntas en esta forma se han contestado exactamente. Yo entiendo que al proveer la informacion incorrecto puede ser peligroso para mi salud.

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO
DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD**

Reconozco que me proporcionaron una copia del aviso de las prácticas de la privacidad y que he leído (o tube la oportunidad de leerlo) y entendí el aviso.

(Nombre del paciente(por favor impresion))

Fecha

Firma del Padre o representante autorizado (si es aplicable)