

Informacion Personal

Nombre de Paciente:

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Número de Seguro Social (Últimos 4) _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. de Casa: _____ Tel de Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Primordial / Referido Doctor: _____ Nombre de Clínica: _____

Lenguaje Primordial: _____ ¿Necesita Interprete? Si / No

Raza: (circulo su respuesta) Indio Americano Asiático Negro/Africano Americano Blanco Hawaiano/Otra Raza

Etnicidad: (circulo su respuesta): No-Hispano/Latino Hispano/ Latino

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Tel: _____

¿Como escucho de nuestra oficina? (circulo todo que aplica)

Correo Directo Amigo Compañía de Seguro Internet Periódico Otra Paciente Doctor/Clínica Otro

Referido fuente: _____

Haga una lista de ejercicios o actividades atléticas que usted está in activo _____

Motivo de su visita: _____

Porcentaje de horas de vigilia que gasta en sus pies (marque uno)

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

¿Tiene (Por favor círculo) Artificial Juntas, válvulas cardíacas de reemplazo, u otros implantes

Estatus Matrimonial (circulo su respuesta): Divorciado Casado Pareja Soltero Desconocido / Otro Viudo Legalmente Separado

Como podremos contactarlo? (circulo todo que aplica): Teléfono Correo Correo electrónico

¿Estará bien dejar mensaje? (circulo su respuesta): Si o No

Nombre de Farmacia: _____ * Nosotros manda todo los prescripciones electrónicamente

Ubicación: _____ Tel: _____

HIPPA Reconocimiento: Por la presente reconozco que he sido informado de que Queen City Pie y Especialistas tobillo (QCFAS) tiene una política de privacidad en el lugar de acuerdo con la Ley de Responsabilidad de 1966 (HIPAA) Portabilidad del Seguro de Salud y ha hecho esta política a disposición yo. Tengo derecho a una copia de la política de privacidad bajo petición.

¿Cómo podemos contactar con usted? : Mail Teléfono E-mail ¿Está bien dejar un mensaje con nadie más que a ti mismo?
Sí o no

(Los ejemplos incluyen, pero no están limitados a, cónyuge, pareja de hecho, hijos adultos, y los padres).

Escriba el nombre de la persona (s)

Autorizo la liberación de cualquier exámenes previos, resultados o imágenes en el evento QCFAS está en la necesidad de ellos para ayudar con el diagnóstico o el tratamiento de mis condiciones. Me permito una copia de la autorización para ser utilizado en lugar del original. Entiendo y reconozco que soy personalmente responsable de los servicios prestados en esta instalación. QCFAS facturará mi compañía de seguros como una cortesía. En caso de impago, entiendo que seré responsable por cualquier saldo pendiente.

Autorizo QCFAS (Dr. Roxanne Burgess, quien ellos designen) para examinar, administrar el tratamiento y para llevar a cabo dichos procedimientos generales como ella (ellos) que considere necesarias en el diagnóstico y / o tratamiento de mi condición (s). Certifico además que a lo mejor de mi creencia y reconozco la información proporcionada en mi historial de salud personal es verdadera, exacta y completa. También autorizo el médico designado para liberar la información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento.

Firma X _____

Date _____

Impreso Nombre del Paciente o

Guardian _____

Historia Medico de Paciente:

- Por favor escribe todas las medicaciones o suplemento de hierbas que actualmente esta tomando: No medicaciones

- Por favor marque los medicamentos que le causan alergia y la reacción que tuvo: No tengo alergia

- ¿Es usted sensible a Cinta o Adhesivo?: Si o No
- Alguna reacción cuando toma Aspirina o Ibuprofen (Aleve, Motrin, Advil)?: Si o No

Por Favor Liste: _____

- ¿Están todas sus vacunas al día?: Si o No
- ¿Ha tenido una vacuna contra la gripe corriente?: Si o No
- ¿Estas embarazada o dando pecho? Si o No

Historia Medico Familiar

¿Algún pariente consanguíneo ha sido diagnosticado con algunas de estas condiciones?

Arthritis _____	Enfermedad cardíaca / ataque _____
cáncer Tipo: _____	Diabetes _____
Stroke _____	Alta presión sanguínea _____

Historia Social

Eres estudiante? (circulo su respuesta): Si, Medio tiempo Si, Tiempo Completo No, no soy Estudiante

Esta Ud. Empleado? (circulo su respuesta): Si, Medio tiempo Si, Tiempo Completo No, no soy Estudiante

Empleador (Compañía): _____ Profesión: _____

- ¿Usted fuma o mastica tabaco?: Si o No ¿A Fumado en el pasado?: Si o No
 ¿Cuantos paquetes al día?: _____
- ¿Usted toma licor, cerveza o vino?: Si o No ¿A tomado en el pasado?: Si o No
 ¿Cuantos tragos a la semana?: _____

Actual Altura _____ Actual Peso _____ Zapato talla _____

Historia Medico de Paciente

Ansiedad	Depresión	migrañas
Autismo	Demencia	Enfermedad Mental
Asma	Verrugas	la tensión arterial alta
La anemia	colesterol alto	Neuropatía
Artritis	Enfermedades del Corazón	Enfermedades Hepáticas
El reflujo ácido	La osteoporosis	ataque al corazón
Coágulo de sangre	HIV / AIDS	mala circulación
Bi - Tipo Polar	Hepatitis _____	trastorno nervioso
Spurs hueso	Stroke	queloide / Grueso Cicatriz
Trastorno del túnel	flebitis	carpiano tiroides
Diabetes	Gota	Tuberculosis
Las úlceras estomacales	enfermedad pulmonar	Diálisis
Enfermedad renal	Neuropatía	espinal Problemas
Epilepsia / Convulsiones	Cáncer _____	Trastorno Psiquiátrico
Eczema		Glaucoma
Otro (s) _____		

Ninguna de las anteriores _____

Historia Quirúrgico

Por favor liste cirugías pasadas y la fecha de ellas:

Revisión de síntoma actual:

Fiebre	Diarrea	Fatiga	Entumecimiento	Falta de Respiración
Mareos	Erupción	Dolor de Músculo	Manos/Pies Fríos	Dolor/Frecuencia Orinado
Náusea/Vomito	Urticaria	Dolor de Hueso	Ardor	
Dolor de Pecho	Picazón en la piel	Dolor de Cuello	Temblores	
Hinchazón	Picazón en el cuero cabelludo		Dolor de Espalda/Lesión	Problemas Respiratorios

• ¿Usted tiene carta de Poder para cuidado medico? Si o No

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Tel: _____

Queen City Foot and Ankle Specialists
Oficina y Políticas Financieras

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Lo que le permite saber de antemano de nuestra oficina las políticas financieras y permite un buen flujo de comunicación.

Recargas de Prescripción

Para recambios de medicación, requerimos un aviso de 2 días laborales. Por favor planee en consecuencia. Inicial _____

Planes de Seguro

Solicitamos respetuosamente que usted nos mantiene actualizado con su seguro actual información. Si cambia las compañías de seguros o si hay un cambio en su cobertura de seguro actual, por favor presente su tarjeta con nosotros para que podamos obtener una copia del mismo. Si la compañía de seguro que usted designe es incorrecta, usted tendrá 14 días hábiles para proporcionar con una copia de la tarjeta de seguro correcto. Si la tarjeta correcta no es proporcionada a nosotros dentro de 14 días hábiles, nosotros nos reservamos el derecho a sostener financieramente responsable de los gastos realizados.

Inicial _____

Responsabilidad Financiera

1. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de cualquier y todos los copagos, deducibles y coinsurances.
2. Copagos vencen en el momento del servicio. Se cobrará un recargo de \$5 además el co-pago si el copago no se paga al final del día hábil siguiente.
3. Pagan pacientes deben pagar por servicios en su totalidad en el momento de la visita.
4. Si no se han hecho arreglos anteriores con nuestro departamento de facturación, el saldo de cualquier cuenta más de 90 días de edad se remitirá a una agencia de colección.
5. Aceptamos efectivo, Visa y Mastercard en nuestra oficina.
6. Sólo se aceptarán cheques de pago en las facturas que haya recibido de nuestra oficina. Se cobrará una cuota de \$20 por los cheques devueltos por falta de fondos.

Inicial _____

Forma

Si usted tiene cualquier compensación, discapacidad o papeles FMLA para ser llenada, hay un cargo de \$5 por formulario. El pago es debido cuando las formas son dejadas. Tenemos un día de trabajo de 3 a 5 tiempos formas de vuelta. Si un formulario es necesario antes de 3 días de negocios, hay un cargo adicional de pico de \$15 por formulario.

Inicial _____

He leído y entiendo la Oficina y las políticas financieras. Me comprometo a respetar y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que sea exigible como se describe anteriormente.

Impreso el Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Firma de Paciente/ Representante del Paciente _____

Relación _____

Bienvenido a Nuestros Pacientes Nuevos

Bienvenido a nuestra práctica! Apreciamos la oportunidad de estar al servicio de usted y espero que usted estará satisfecho con o servicios. Nos esforzamos no sólo para cumplir, sino superar sus expectativas en cada nivel.

Queen City Foot & Ankle Specialists es una división De Los médicos Podiatras NC y Cirujanos Grupo, PLLC (NCPSPG). Contamos con divisiones en todo el estado, y trabajamos bajo un mismo número de identificación fiscal. Por lo tanto, si usted visto a ninguno de los médicos que se enumeran a continuación desde 1 de enero de 2013, tenemos que saber lo que no vamos a presentar un nuevo código del paciente para su visita de hoy. Dado que las compañías de seguros se ven en la NCPSPG como una práctica general, si se le ha visto en alguna de las siguientes divisiones, que no se considerará un nuevo paciente en la práctica. Con el fin de garantizar que codificamos correctamente su visita para hoy, por favor indique si ha sido visto en cualquiera de los siguientes lugares desde el 1 de enero de 2013. Visitas antes de 2013 no tienen que darse a conocer a nosotros.

Por favor, revise los nombres de las divisiones inferiores y podólogos e indique si ha sido visto en una de estas divisiones, poniendo una en la línea a la izquierda del nombre de la práctica. Gracias por revelar esta información a nosotros-que nos permitirá cumplir con las iniciativas de codificación correctas mandato nacional usted.

<input type="checkbox"/>	Alta Ridge Foot Specialists	Dr. Robert van Brederode and Dr. William Broyles
<input type="checkbox"/>	Ankle & Foot Center of Charlotte	Dr. Scott Basinger
<input type="checkbox"/>	Brunswick Foot & Ankle Surgery, P.A.	Dr. Joseph Kibler
<input type="checkbox"/>	Carmel Foot Specialists	Dr. Barbara Kaiser, Dr. Richard Lind, Dr. Richard Miller, Dr. Kevin Molan
<input type="checkbox"/>	Carolina Foot Care Associates, PLLC	Dr. Ashma Davidson, Dr. Terry Donovan, Dr. William O'Neill
<input type="checkbox"/>	Central Carolina Foot & Ankle Associates	Dr. Brian Futrell, Dr. Melissa Hill, Dr. John Iredale
<input type="checkbox"/>	Chapel Hill Foot & Ankle Associates, P.A.	Dr. Nicholas Adams, Dr. Jane Anderson, Dr. Alan Bocko
<input type="checkbox"/>	Charlotte Foot & Ankle Specialists, PLLC	Dr. Kristine Strauss
<input type="checkbox"/>	Comprehensive Foot & Ankle Center, P.A.	Dr. Zack Nellas
<input type="checkbox"/>	Crystal Coast Podiatry	Dr. Thomas Bobrowski
<input type="checkbox"/>	Eastover Foot & Ankle, P.A.	Dr. Chris Fuesy, Dr. Ron Futerman, Dr. Kent Picklesimer
<input type="checkbox"/>	Family Foot & Ankle Center, P.A.	Dr. Patrick Dougherty, Dr. Doug Smith
<input type="checkbox"/>	Family Foot Care	Dr. Kevin McDonald, Dr. Tori Simmons-Lewis
<input type="checkbox"/>	Foot & Ankle Center of Durham	Dr. Eric Simmons
<input type="checkbox"/>	Foot & Ankle of the Carolinas, PLLC	Dr. Eric Ward, Dr. Blaise Woeste
<input type="checkbox"/>	Gaston Foot & Ankle Associates, P.A.	Dr. David Kirlin, Dr. Ryan Meredith, Dr. Wagner Santiago
<input type="checkbox"/>	Greensboro Podiatry Associates, P.A.	Dr. Martha Aljouny, Dr. N'Tuma Jah
<input type="checkbox"/>	Hendersonville Podiatry	Dr. Russ Barone, Dr. Pam Stover
<input type="checkbox"/>	James Mazur, D.P.M., P.A.	Dr. James Mazur
<input type="checkbox"/>	Matthews Foot Care	Dr. Brian Killian, Dr. Kevin Killian
<input type="checkbox"/>	Mt. Airy Foot & Ankle Center, PLLC	Dr. Jim Shipley
<input type="checkbox"/>	Piedmont Foot & Ankle Clinic	Dr. Rick Hauser, Dr. Rob Lenfestey, Dr. Jason Nolan, Dr. Joel Kelly
<input type="checkbox"/>	Salem Foot Care	Dr. Walter Falardeau
<input type="checkbox"/>	Wake Foot & Ankle Center	Dr. Mike Hodos, Dr. Jim Judge
<input type="checkbox"/>	Wilson Podiatry Associates, P.A.	Dr. Kendall Blackwell

Doy fe de que he sido visto en la división superior se indica el sine NCPSPG 01/01/2013.

Doy fe de que a mi apuesta recuerdo, no he sido visto por cualquier f las divisiones anteriores desde 01/01/2013.

Firma del paciente

Fecha

Nombre Impreso

Relación con paciente

Fecha de nacimiento