



POTOMAC PODIATRY GROUP, PLLC

email: contactus@potomacpodiatrygroup.com

Jared Melman, DPM, AACFAS
Alesia Madden, DPM

Vincent Bonini, DPM, FACFAS
Robert Toomey III, DPM, FACPM, FACFAS
Tobias Glister, DPM, FACFAS

Nicholas Bruning, DPM, FACFAS
Gregory Rose, DPM, MPH, AACFAS

información del paciente

Fecha: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono móvil: _____
Teléfono del trabajo: _____
Dirección de correo electrónico: _____
La mejor manera de contactarme por teléfono:
Inicio / Trabajo / Celular

Fecha de nacimiento: _____
Número de seguro social: _____
Médico de atención primaria: _____
Número de teléfono: _____
Número de fax: _____
fecha de la última vez que se vio: _____
Género: ☐ femenina ☐ masculino

Estado civil: ☐ menor ☐ soltero ☐ Casado ☐ Divorciado
☐ apartado ☐ Viudo ☐ Comprometido

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ árabe ☐ Chino
☐ francés ☐ italiano ☐ japonés ☐ portugués ☐ ruso

Raza: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano o
isleño del Pacífico ☐ Otro

Etnicidad: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Contacto de emergencia: _____
Relación con el paciente: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono del trabajo: _____

PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Parentesco con el paciente:
Sí mismo / Cónyuge / Padre / Madre / Otro

Nombre del adulto acompañante: _____

información del Seguro

Compañía de seguros primaria: _____
Número de identificación: _____
Número de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____
Fecha de nacimiento: _____
Relación con el paciente:
Yo mismo / Cónyuge / Padre / Otro
Género: ☐ femenina ☐ masculine

¿Tiene seguro adicional? ☐ Sí ☐ No

SI ES ASÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

Compañía de seguros secundaria: _____
Número de identificación: _____
Número de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____
Fecha de nacimiento: _____
Relación con el paciente:
Yo mismo / Cónyuge / Padre / Otro
Género: ☐ femenina ☐ masculine

Nombre del empleador: _____

preferencia de Farmacia

Farmacia primaria: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Teléfono: _____

parte responsable

Relación con el paciente:
Yo mismo / Cónyuge / Padre / Otro
Nombre: _____
Número de seguro social: _____
fecha de nacimiento: _____
Género: ☐ femenina ☐ masculine
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Teléfono móvil: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Empleador: _____
Ocupación: _____
Teléfono del trabajo: _____
¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo?

Política financiera de Potomac Podiatry Group

- El pago total deberá realizarse al momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
- Los copagos por consulta médica para nuestros seguros HMO/PPO participantes deben abonarse al momento del servicio. Si necesitamos generar un estado de cuenta para cobrar su copago, se aplicará un cargo administrativo de \$6.00.
- Si somos un proveedor participante de su seguro médico principal, con gusto presentaremos una reclamación en su nombre. Sin embargo, una vez que se facture a la compañía de seguros, su aseguradora tendrá 45 días para pagar el saldo. Si la aseguradora no realiza el pago dentro de 45 días, deberá abonar el saldo total. Si posteriormente su aseguradora realiza algún pago que exceda el saldo, con gusto le reembolsaremos el sobrepago dentro de 30 días, siempre que no tenga cuentas pendientes en nuestra oficina.
- Las denegaciones de reclamaciones de HMO/PPO por falta de referencia o autorización son responsabilidad del paciente. El personal de la oficina le notificará y le asistirá con los procedimientos de referencia/ precertificación, pero la responsabilidad final de cumplir con los requisitos específicos de su seguro recae en el paciente. Todas las referencias deben presentarse en nuestra oficina antes de consultar con el médico.
- Presente su tarjeta de seguro cada vez que nos visite si participamos en su plan para garantizar la presentación adecuada de la información para presentar reclamos.
 - De lo contrario, su visita podría no estar cubierta y usted será responsable del pago.
- Hay un cargo de \$35.00 por todos los cheques devueltos.
- Por favor, llegue puntual a su cita. Si necesita reprogramarla, necesitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Si no asiste a una cita programada sin notificar a nuestra oficina, se le cobrará un cargo de \$50.00.
- Si su cuenta debe ser enviada a un servicio de cobranza y/o a un abogado debido a una falta de pago, usted será responsable de todos los cargos de cobranza y/o honorarios de abogados de estos servicios.

Asignación de beneficios/Política de privacidad

Yo, el abajo firmante, certifico que tengo cobertura de seguro (o mi dependiente) y cedo directamente a Potomac Podiatry Group todos los beneficios del seguro que me corresponden por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable del pago de deducibles, copagos y/o servicios no cubiertos. Por la presente, autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo la DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA a mi aseguradora o al médico solicitado para brindar continuidad en la atención. Autorizo el uso de esta firma en todas las solicitudes de seguro. Autorizo a Potomac Podiatry Group a utilizar la Red de Intercambio de Información Médica para brindar un tratamiento médico más integral.

Con mi firma, reconozco haber revisado las políticas financieras y de privacidad y acepto sus términos.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Potomac Podiatry Group (publicado en la oficina y en el sitio web).

Firma: _____ Fecha: _____

Autorizo a las siguientes personas a recibir información en mi nombre. Esto incluye información médica.

Nombre y parentesco: _____

Nombre y parentesco: _____

Nombre y parentesco: _____

MOTIVO DE LA VISITA

¿Cuál es la queja principal por la que usted vino a recibir tratamiento? _____

¿Alguna vez has ido a un podólogo? ____ Sí ____ No Si es así, explique _____

Actividades deportivas en las que participas: _____

TABACO/HISTORIA SOCIAL

Estado de fumar: ¿Eres un usuario de tabaco? ____ Sí ____ No

Si es así, ¿cuántos paquetes por día? ____

¿Cuántos años fumando? ____

____ Fumador actual, todos los días ____ Fumador empedernido de tabaco ____ Fumador de tabaco ligero

____ Ex fumador ____ Nunca ____ Desconocido, si alguna vez fumó

¿Bebes alcohol? ____ Sí ____ No

¿Consumes drogas? ____ Sí ____ No

Otra historia social _____

HISTORIA MÉDICA GENERAL

Coloque una marca de verificación junto a cualquiera de los siguientes que correspondan a su historial medico

☐ Alcoholismo	☐ Diabetes tipo 1	☐ Hipertiroidismo
☐ Alergias/Fiebre del heno	☐ Diabetes tipo 2	☐ Hipotiroidismo
☐ Anemia	☐ Diálisis/Problemas renales	☐ Dolor articular
☐ Ansiedad	☐ Fractura	☐ Osteoartritis
☐ Asma	☐ Enfermedad gastrointestinal	☐ Osteoporosis
☐ Fibrilación auricular	☐ Glaucoma	☐ Neumonía
☐ Arteriopatía coronaria	☐ Soplo en el corazón	☐ Enfermedad pulmonar
☐ Cáncer	☐ Hepatitis	☐ Artritis reumatoide
☐ Enfermedad cardiovascular	☐ Colesterol alto	☐ Enfermedad de la tiroides
☐ Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ HIV/AIDS	☐ TIA/Stroke
☐ Colitis	☐ Hiperlipidemia	☐ Tuberculosis
☐ Depresión	☐ Hipertensión	
☐ Otro historial médico: _____		
☐ Hospitalizaciones: _____		

HISTORIA QUIRÚRGICA

☐ Sin antecedentes quirúrgicos previos	☐ Ablación endometrial	☐ Laparoscopia
☐ Apendectomía	☐ Vesícula biliar	☐ Mastectomía (izquierda, derecha, bilateral)
☐ Lumpectomía de mama	☐ Cirugía de corazón	☐ Miomectomía
☐ Cirugía de cataratas	☐ Hemorroides	☐ Ooforectomía
☐ Colectomía	☐ Hernia	☐ Amígdala/Adenoidectomía
☐ Biopsia de cono	☐ Histerectomía	☐ Ligadura de trompas
☐ D&C		

MEDICAMENTOS (incluye medicamentos recetados, de venta libre y vitaminas)

MEDICAMENTO	DOSIS	MEDICAMENTO	DOSIS
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ALERGIAS		
☐ No se conocen antecedentes de alergias ☐ Adhesivo/Cinta ☐ Anticoagulante ☐ Aspirina ☐ Codeína ☐ Otro	☐ Demerol ☐ Yodo ☐ Látex ☐ Anestésico local	☐ Novocaína ☐ Penicilina ☐ Mariscos ☐ Sulfa

HISTORIA FAMILIAR		
Historial médico pasado de la madre: _____		
Historial médico del padre: _____		
Historial médico pasado del Hermano: _____		
Historial médico pasado de la hermana: _____		
¿Existen antecedentes familiares de alguno de estos trastornos?		
☐ Alergias ☐ Diabetes ☐ Infarto de miocardio ☐ Enfermedad mental ☐ Tuberculosis	☐ Artritis ☐ Epilepsia ☐ Hipertensión ☐ Migrañas ☐ Otro:	☐ Cáncer ☐ Gota ☐ Nefropatía ☐ Trastorno de la columna vertebral ☐ Otro:

NOTAS CLÍNICAS ADICIONALES	