

Practica: Michael Rosenblum, DPM

PODIATRA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H M
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de Teléfono #: _____ Cell #: _____
E-mail: _____ Otro Numero #: _____
Trabajo: _____ El empleador: _____
Nombre de emergencia: _____ La Relacion _____ Numero de Teléfono: _____

Por Favor Leer y Firma

AUTORIZACION PARA ASIGNAR BENEFICIOS Y DAR INFORMACION: Yo certifico que yo/mi dependiente tenemos cobertura con y asignamos directamente al Dr. Michael Rosenblum todo seguro benefico, si cualquiera, de otro modo pagadero a mi para servicios rendidos. Entiendo que yo no soy financieramente responsable de todo cargo si o pagado por el seguro. Yo por la presente autorizo a Dr. Michael Rosenblum para liberar toda informacion para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas sumisiones del seguro.

AUTORIZACION de MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de cuidado medico sea hecho a mi o a en mi beneficio al Dr. Michael Rosenblum para cualquier sevicio por mi doctor. Yo autorizo a cualquier poseedor de informacion medica acerca de que le de a la Administracion de la Financiacion de la Asistencia Medica (HCFA) y sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios de la cuenta pagadera de beneficios para servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que pagos sean echos y autorizan las liberaciones de informacion medica necesaria para pagar el reclamo. Si algun otro seguro es indicado en el articulo 9 de la forma de HCFA-1500, o en otra parte en otras formas aprovadas de reclamo o reclamos electronicamente sometidos, mi firma autoriza liberar informacion al seguro o agencia mostrada. En el cuidado medico los casos asignados, el medico/suministrador concuerdan en aceptar los cargo determinados del cuidado medico como la carga replete, y el paciente es responsable solo del deducible, co-seguro y servicios no cubiertos. Co-seguro y deducibles se basan sobre la determinacion de los cargos del partador de cuidado medico.

HIPPA Aviso de Practicas de Privacidad: Reconozco que he leído/recibido un aviso de Practicas de Privacidad. x _____ iniciales

Historial de Medicamentos: Autorizo esta oficina de Doctor para obtener mi historial de medicamentos. x _____ iniciales

Politica Financiera: Reconozco que he leído/recibido una copia de la polttica financiera. x _____ iniciales

Politica de Cancelacion de Cita: Reconozco que he leído/recibido una copia de la politica de cancelation de cita: x _____ iniciales

La información anterior es correcta y lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y/o el Personal Medico de las actualizaciones de la información anterior.

Tambien doy mi permiso al doctor para administrar y realizar los procedimientos necesarios en el diagnostico y tratamiento de mi problemas.

Firma: _____

Fecha: _____

Historia Medico

Historia Medico: **NINGUNA**

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desordenes Sanguineos
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> La Gota	<input type="checkbox"/> Ulceras en el Estomago	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Igado
<input type="checkbox"/> Neuropatía	<input type="checkbox"/> Paralisis	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas en los rinones	<input type="checkbox"/> Coagulo de Sangre
<input type="checkbox"/> Tiene valvulas Corazón artificiales		<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Presion Alta
		<input type="checkbox"/> Otro _____		

Está embarazada? Si No **Estas amamantando?** Si No

Procedimientos Quirúrgicos : Ninguna

tipo de cirugia _____	fecha _____	tipo de cirugia _____	fecha _____
tipo de cirugia _____	fecha _____	tipo de cirugia _____	fecha _____

Historia Social

Fumador Fuma Algunos Dias Ex Fumador Nunca

Abuso de Sustancias/Alcohol: Si. Por favor especifique: _____

Nunca he tenido un problema/abuso de sustancias/alcohol

Historia de Familia

Madre:	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Ninguno
Padre:	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Ninguno
Hermano:	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Ninguno
Hermana:	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Ninguno

Revisión de los Sistemas (Marque la casilla si actualmente tiene alguno de los síntomas o el checó "Ninguno")

Cardiovascular dolor en las piernas cuando caminar dolor en el pecho ataque al corazon hinchazon desmayos
 manos o pies fríos Ninguno

General fiebre fatigar el malestar pérdida o aumento de peso el malestar perdida del apetito Ninguno

Gastrointestinal dolor abdominal acidez estomacal nausea vómitos ulceras estreñimiento diarrea Ninguno

Tegumentario soriasis anomalías de as unas venas varicosas cancer piel seca y escamosa ulcera Ninguno

Neurológica hormigueo debilidad convulsiones entumecimiento dolores de cabeza temblores parálisis Ninguno

Musculo esqueléticos dolor de espalda debilidad muscular dolor muscular la ciática rigidez de las articulaciones
 dolor en las articulaciones inestabilidad de la articulación artritis la gota Ninguno

Medico Primario: _____ **Fecha de ultima vista:** _____

si usted es diabetico, **Medico Diabetico** _____ **Fecha de ultima vista:** _____

Farmacia: _____ **Dirección de Farmacia:** _____