

Westside Podiatry
Informacion del paciente

Informacion del paciente

Nombre _____
Domicillo _____
Numero de apartamento _____
Ciudad _____
Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono(_____
Correo electronico: _____

Seguro Social# _____

Fecha de nacimiento: _____

Masculino Femenino

Soltera Casado Viudo Divorciado

Nativa de Alaska Asiatica Blanca

Afroamericana Nativa de Hawaii Cubano Hispano

Latino/a Mexicano, Chicano/a

Puertorriqueno Otro

Ocupacion _____

Empleador _____

Direccion _____

Telefono del trabajo _____

Cellular _____

Informacion de esposo/esposa

Nombre _____

Telefono _____

Telefono de Trabajo _____ Ext. _____

Medico de Cabecera

Medico de Cabecera _____

Medico referido _____

Fecha de ultima visita _____

Informacion del seguro

Nombre del seguro primario _____

Nombre del asegurado _____

Mismo Esposo/esposa padres

Fecha de nacimiento del asegurado (____) _____ J_

Empleador _____

Secundaria aseguranza _____

nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado (____) _____

Mismo Esposo/esposa Padres

Informacion sobre farmacias

Nombre de la farmacia _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____

Numero del telefono _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____

Relacion _____

Telefono (_____ , _____) _____

Informacion del

**padre/guardian (si el
paciente es menor de 18)**

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono. _____ , _____

SS# _____

Fecha de nacimiento _____ Ocupacion. _____

Empleador _____

Direccion _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

1

Dirección y nombre de médico referente: _____

Historia y Informacion Medica

1. Explicar su problema de pie/tobillo Derecha izquierdo _____

2. **Cuándo comenzó dolor o molestias (fecha):** _____

Describe los Dolores/molestias: quemadura entumido afilado Otro _____

3. **Que hace que el dolor y las molestias mejor?:** _____

4. **Ha tenido un trauma físico?** No Si _____

5. **Ha tenido un accidente?** No Si _____

6. **Ocupacion:** _____ ¿Está relacionado con su trabajo de problema? **Si** **No**

7. **Historia Medica :**

<input type="radio"/> gota	<input type="radio"/> Enfermedad rinon	<input type="radio"/> Osteoartritis
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Cardiaco <input type="radio"/> Pulmon /Respiracion Desordenes	<input type="radio"/> Otros Artritis
<input type="radio"/> Hemorragia	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Prolapso de la valvula mitral
<input type="radio"/> Cancer _____	<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Nervio Desordenes
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Sida	<input type="radio"/> Neurologico Desordenes
<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Presion alta	<input type="radio"/> Prostata Desordenes
		<input type="radio"/> Otro: _____

8. **Lista de los medicamentos/hierbas/vitaminas:** **Ninguno** _____

9. **Alergia:** (describe la reaccion)

Penicilina _____ Aspirina _____ Narcotico agente / Codeina _____

Anestesia _____ Marisco sulfa Druas _____

niquel/ metal _____ Colorante radiográfico de contraste _____

Otro _____

10. **Está actualmente embarazada?** No Si _____

11. **Historia quirurgico :** Ha tenido cirugía? Si porfavor describe **No**

Cirugia / **Fecha** _____

12. **Social Historia :** (Marque sólo lo que es pertinente a usted)

Tabaco Alcohol Ejercicio _____

cafeina Medicina/droga (recreativo, IV)

13. **Historia familiar :** (Relación de la lista de miembros de familia que han tenido estos problemas):

Diabetes _____ enfermedad del corazon _____ rinon _____

Hipertension _____ acariciar _____ enfermedad mental _____

Reumatologia _____ Hemorragia _____ Cancer _____

Otro historia familiar : _____

14. **Tamano de zapato:** _____ 15. **Altura** _____ 16. **Peso** _____

Revisión de sistemas

Por favor verifique cualquiera de los siguientes que están experimentando o han experimentado recientemente.

Constitutional			
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> escalafrios	<input type="checkbox"/> Sudor	<input type="checkbox"/> cambio de peso
Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta			
<input type="checkbox"/> contactos	<input type="checkbox"/> dentadura postiza	<input type="checkbox"/> anteojos	
<input type="checkbox"/> Doble vision	<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> mareo	
<input type="checkbox"/> dificultades tragar	<input type="checkbox"/> dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Dolor de Garganta	
<input type="checkbox"/> Sangrar por la nariz	<input type="checkbox"/> Problemas con la vista	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	
o cardiovascular			
<input type="checkbox"/> dolor de pecho / incomodidad	<input type="checkbox"/> Cardiovascular sintoma	<input type="checkbox"/> Murmullo del corazon	
<input type="checkbox"/> reducir hinchazon	<input type="checkbox"/> dolor de pie con ejercicio	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	
Hematologic/Lymphatic			
<input type="checkbox"/> Problema de hemorragia	<input type="checkbox"/> glandulas hinchadas	<input type="checkbox"/> Lymphoma	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> bulto en la piel – Locacion		
Respiratorio			
<input type="checkbox"/> Dificultad de respiracion	<input type="checkbox"/> resoplido	<input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar previa	
<input type="checkbox"/> Exposicion de TB	<input type="checkbox"/> tos	<input type="checkbox"/> Sintomas pulmonares	
Gastrointestinal			
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> Diarrea	
<input type="checkbox"/> Disminucion del apetito	<input type="checkbox"/> dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Estrenimiento	
Endocrino			
<input type="checkbox"/> Frecuentemente tener sed	<input type="checkbox"/> Frecuentemente orinar	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroides	
<input type="checkbox"/> Sintomas urinarios	<input type="checkbox"/> problemas de prostata	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal previa	
Musculoesquelético			
<input type="checkbox"/> sintomas musculoesqueletico	<input type="checkbox"/> sensacion debil	<input type="checkbox"/> Dolor masculino, Artralgia	
<input type="checkbox"/> Debelidad de las extrimidades	<input type="checkbox"/> fractura previo		
Sistema nervioso			
<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> dificultades de hablar	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	
<input type="checkbox"/> Neuropatia	<input type="checkbox"/> Confusion/ Desorientacion	<input type="checkbox"/> desmayarse	
<input type="checkbox"/> Convulsion			
piel			
<input type="checkbox"/> erupcion	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> Lesiones	<input type="checkbox"/> sensibilidad del sol
<input type="checkbox"/> Ruborizarse	<input type="checkbox"/> lento curacion	<input type="checkbox"/> infecciones	<input type="checkbox"/> Agrietamiento
<input type="checkbox"/> Eczema (prurito)	<input type="checkbox"/> crecimiento	<input type="checkbox"/> perdida de pelo	
Historia Alérgica e Inmunológica			
<input type="checkbox"/> Dermatitis	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Colageno Vascular
psiquiatrico			
<input type="checkbox"/> nerviosismo	<input type="checkbox"/> Tension	<input type="checkbox"/> depresion	

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información de sus derechos: en cuanto a su información médica, usted tiene ciertos derechos:

- Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico: usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Proporcionaremos una copia o un resumen de información sobre su salud, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Puede aplicar un cargo.
- Nos pide corregir su expediente médico: usted puede pedirnos que corregir información médica sobre usted que usted piensa que es incorrecta o incompleta. Podemos decir «no» a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.
- Solicitud de comunicaciones confidenciales: usted puede pedirnos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o envíe un correo a una dirección diferente. Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.
- Pedir que limitar lo que usar o compartir: usted puede pedirnos no para utilizar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si afectaría su atención. Si usted paga por un servicio o cuidado médico efectivo en su totalidad, usted puede pedirnos no a compartir esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información: usted puede pedir una lista (contabilidad) de los tiempos hemos compartido su información médica para seis años antes de la fecha se pregunta, que hemos compartido con y por qué. Se incluyen todas las revelaciones, excepto aquellos sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y ciertas otras Divulgaciones (como cualquier tienes que hacer). Proporcionaremos una contabilidad un año gratis, pero se cargará una cuota razonable, basado en los costos si usted pregunta por otro plazo de 12 meses.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad: usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha recibido el aviso electrónicamente. Le proporcionará una copia inmediatamente.
- Elegir a alguien a actuar por usted: Si usted ha dado alguien poder médico, de abogado o si alguien es tu tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud en su nombre. Se asegurará de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes que tomar cualquier acción.

Sus opciones: para algunos información de salud, usted puede decirnos nuestras elecciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que usted quiere hacer y seguirá sus instrucciones.

- En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos que: compartir información con nuestra familia, amigos cercanos u otros involucrados en su atención; Compartir información en una situación de alivio de desastres. Si no eres capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

• En estos casos, nosotros nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito: comercialización, venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones: normalmente usamos o compartimos su información médica en las siguientes formas:

- Paciente treatment : podemos usar su información de salud y compartir con otros profesionales que te tratan.
- Ejecutar nuestra organización: podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y en contacto con usted cuando sea necesario.

• Factura por sus servicios: podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago. de planes de salud u otras entidades. How el e can we use or s are your health information?

Estamos permitidos o requeridos para compartir nuestra información en otros ways_ generalmente en formas que contribuyen al bien público, como salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la que podemos compartir su información para estos propósitos. Para más información

consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones tales como: prevención de enfermedades, ayudando con producto recuerda:, las reacciones adversas a medicamentos; Reportes de sospechas de abuso, negligencia o violence- domésticos Prevención o grave amenaza para la salud o seguridad de cualquier persona.
- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación en salud.
- Compartimos información sobre usted si el estado o las leyes federales requieren incluyendo. Servicios, si quiere ver que estamos cumpliendo withf d l. 1' g con el Departamento de salud y humanos e hera privacidad . látas de e son información de salud acerca de usted con organizaciones de adquisiciones de órganos.

- Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de la funeraria cuando una persona fallece.
- Podemos compartir información médica sobre usted para compensación del trabajador de dirección, cumplimiento de la ley y otras peticiones del gobierno, autorizado por la ley.
- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades: Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud

• le dejaremos saber puntualmente si una ruptura ocurre que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

• Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma.

• No usar o compartir su información que como se describe aquí a menos que usted nos dice que podemos en la escritura. Si usted nos dice que puede, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Usted debe hacérselo saber por escrito si usted cambia de opinión

• Para más información ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios en los términos de este aviso: podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se apliquen a toda la información que tenemos sobre usted. Si se producen nuevos cambios, la nueva notificación actualizada estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Effective 11/01/2017

Acuse de aviso de privacidad

1 han recibido y leer el aviso de prácticas de privacidad para podología de Westside. Autorizo a WSP para liberar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo para beneficios de salud. Estoy de acuerdo asignar los beneficios de mi seguro de salud a WSP. Entiendo que yo soy totalmente responsable de cualquier servicios no cubiertos, servicios denegados, deducibles de seguros de salud, copagos y coaseguro, debido por mí. 1 también se compromete a pagar de los pagos no cubiertos por WSP que no están cubiertos por la compensación del trabajador. Doy mi consentimiento para el uso de compartir de mis registros de salud para tratamiento, pago y a efectos operativos, como se describe en el aviso de prácticas de privacidad.

Imprimir el nombre del paciente

Firma del paciente

(Oficina solamente) Testigo – imprimir nombre

(oficina solamente) testigo - firma

Fecha: _____