

14349 Justice Rd,
Midlothian VA 23113
Phone: 804.837.4144
Fax: 823.9335



2610-A Gaskins Rd,
Henrico, VA 23238
Phone: 804.433.3233
Fax: 804.823.9335

Formulario de registro de pacientes

Nombre (ultimo, primero, medio): _____ Apodo: _____
Si la paciente es menor de edad, nombre de la tutora: _____ Relacion con la paciente: _____
Genero: Masculino Femenino SSN: _____ DOB: _____ Edad: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Codigo postal: _____ Telefono de casa: _____ Telefono movil: _____
Telefono del trabajo: _____ Direccion de correo electronico: _____
Metodo de contacto preferido: La casa Movil Texto Email Estado civil: Solo Casado Viudo Divorciado Apartado
Ocupacion: _____ Eres un estudiante? Si No

Informacion de Contacto en caso de Emergencia

Nombre: _____ Relacion con la paciente: _____
Numero de contacto de emergencia: _____

Informacion de Seguro medico

Estas asegurado? Si No Primario: _____ Secundario: _____
Relacion con la asegurada: Yo Esposo Nino Otra _____

Si la cobertura de su Seguro no esta a su nombre, especifique lo siguiente:

Nombre del titular de la poliza: _____ Titular de la poliza DOB: _____
Empleador del titular de la poliza: _____

Pregunta del gobierno

El gobierno espera que los profesionales de la salud hagan las siguientes preguntas. Sin embargo, la respuesta es opcional.
Carrera (opcional) Blanca Negro/afroamericana Hispanic/Latino Asiatico India americana/nativa de Alaska
 Nativo hawaiano/isleno del pacifico Etnia (opcional): Hispanic No hispano

Medica de atencion primaria

Nombre de la doctora de familia/PCP: _____ Fecha de la ultima visita _____
PCP direccion: _____ PCP telefono: _____

Remision

Como te enteraste de nosotros? _____

Informacion de farmacia

Nombre de la farmacia: _____ Direccion: _____
Telefono: _____ Podemos recetarle electronicamente? (See below): Si No

E-Prescribing se define como la capacidad de un medico para enviar electronicamente una receta precisa, sin errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atencion. Al firmar este Formulario de consentimiento, acepta que Podemos transmitir electronicamente sus recetas directamente a su farmacia. Recetas electronicas es un servicio opcional y puedo optar por rechazarlo. Tenga en cuenta que el consentimiento para la prescripcion electronica Tambien permite el uso de su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atencion medica y / o terceros pagadores de beneficios (es decir, su compania, de seguros) solo con fines de tratamiento. Por la presente dar mi consentimiento informado a SynergyHealth Foot and Ankle Associates, PLLC para inscribirme en el programa E-Prescribe.

Firma de la paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Cual es el motive de su visita hoy? _____

Cuanto tiempo te ha molestado esto? (Por favor marque): 1 2 3 4 5 6 Dias Semanas Meses Anos

Que tratamiento ha probado y que ha funcionado en el pasado? _____

En una escala del 1 al 10 (1 sin dolor y 10 siendo lo peor), cual es tu nivel de dolor? _____ / 10

Historial medico pasado

Lista de medicamentos (Doctor prescrito y sin receta): _____

Eres diabetico? Si No Si es así, eres Tipo 1 Tipo 2? A1C _____ Fecha de la ultima A1C _____

Indique si tiene algun problema con alguno de los siguientes:

Alta presion sanguinea Colesterol alt Enfermedad del corazon Enfermedad del rinon

Problemas de circulacion Alcoholismo Ansiedad Artritis (especificar) _____ Asma

Coagulacion de la sangre/DVT/PE Trastornos de la sangre Problemas respiratorios Cancer (especificar) _____

Depresion Gota Ataques al corazon Soplos cardiacos Hepatitis Problemas de higado Enfermedad mental

Musculoesqueletico Neurologico (especificar) _____ Neuropatia Alergias estacionales

Apnea del sueno Golpe Trastornos de la piel (especificar) _____ Estomago/intestinos

Tiroides (especificar) _____ Otra (especificar) _____

Estas embarazada? Y / N

Estas amamantado? Y / N

Alergias Si No

En caso afirmativo, enumere todas las alergias: _____

Historial quirurgico

Enumere todas las cirugias anteriores? _____

Tienes alguna valvula cardiaca artificial? Si No

Tienes articulaciones artificiales? Si No Si si donde? _____

Historia Social

Fuma usted? Si No Si es asi, con que frecuencia? 1/2 ppd 1 ppd 1 1/2 ppd 2 ppd

Fumaste en el pasado? Si No Si es asi, por cuanto tiempo y cuantos PPD? _____

Tu bebes? Si No Si es asi, cuantas bebidas por semana? _____

Historia Familiar

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Coagulo de sangre/DVT/PE | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neurologico _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Juanete | <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon | <input type="checkbox"/> Golpe _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> Pie plano | <input type="checkbox"/> Problemas de circulacion | <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Depresion | | |

Revision del sistema

Marque la casilla si actualmente tiene alguno de estos sintomas

Cardiovascular

- Dolor de pierna al caminar
- fiebre
- dolor/presion en el pecho
- hinchazon de la pierna
- manos/pies frios
- palpitaciones desmayos
- Enfermedad vascular
- Problema de la valvula

Respiratorio

- Dolor de pecho
- siblancias
- COPD
- Tosiendo
- Ronquidos
- Dificultad para respirar

- Enfisema

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- acidez
- sangre en las heces
- vomitando
- ulceras estomacales
- Diarrea
- Dificultad al tragar
- Disminuir el apetito
- Aumentar el apetito
- Estrenimiento

Integumentario

- Pie de atleta
- Anomalias en las unas
- Queloides
- Picazon
- Piel seca y escamosa

Hematologico

- Ulceras en la parte inferior de la pierna
- Anemia drepanocitica
- anemia
- anticoagulantes
- Trastornos de la coagulacion

Genitourinario

- Sangre en la orina
- Vacilacion
- Incontinencia
- Aumentar la urgencia
- Disminuir la frecuencia
- Miccion excesiva
- Enfermedad del rinon
- Calculos renales

Musculoesqueletico

- Dolor de espalda
- Debilidad muscular
- Dolor muscular
- Dolor de cuello
- Ciatica
- Rigidez articular
- Dolor en las articulaciones
- Inestabilidad articular
- Artritis

Neurologico

- hormigueo
- debilidad
- convulsiones
- entumecimiento
- dolores de cabeza
- temblor
- paralisis

Asignacion de beneficios y autoizacion para divulgar informacion

Si tengo derecho a los beneficios de Medicare o de cualquier poliza de seguro u otro plan de beneficios de salud (que me cobra a mi o a cualquier persona legalmente responsable de mi) en consideracion a los servicios que me Brinda SynergyHealth Foot & Ankle, asigno, transfiero, y transfiero los beneficios pagadero en virtud de dicho programa, politica o plan por los servicios que se me prestan. Autorizo el pago de los beneficios directamente a SynergyHealth Foot & Ankle, y dichos beneficios se aplicaran a mi factura. **Entiendo y reconozco que esta Asignacion no me exime de la responsabilidad financiera por los cargos incurridos por mi o cualquier otra persona en mi nombre, y por la presente reconozco la responsabilidad y acepto pagar los cargos no pagados en virtud de la Asignacion, incluidos los montos de coseguro, deducibles, equipo medico y cualquier cargo por servicios que se considere no cubiertos, no precertificados o no preautorizados por mi seguro.**

_____ (Inicial) Doy mi consentimiento para el examen y tratamiento por SynergyHealth Foot and Ankle.

Firma de la parte responsable: _____

Relacion: _____ Fecha: _____

Reconocimiento y designacion de la HIPPA del paciente

I. Reconocimiento del aviso de practica de practicas de privacidad (NPP):

Al suscribir mi nombre a continuacion, reconozco que se puso a disposicion una copia del Aviso de practicas de privacidad (NPP) a mi solicitud, y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si así lo elegí) y comprendo el aviso de privacidad. Practicas (NPP) y acepte sus terminos.

Nombre de la paciente: _____ Firma _____

II. Designacion de ciertos familiares, amigos cercanos y otros cuidadores como mi representante personal:

Estoy de acuerdo en que la practica puede divulgar ciertos partes de mi informacion medica a un representante personal de mi eleccion, ya que dicha persona esta involucrada con mi atencion medica o con el pago relacionado con mi atencion medica. En el caso, la practica medica divulgara solo informacion que sea directamente relevante para la participacion de la persona con mi atencion medica o el pago relacionado con mi atencion medica.

Nombre: _____ Ultimos cuatro digitos de ssn, cumpleaños u otro identificador: _____

Nombre: _____ Ultimos cuatro digitos de ssn, cumpleaños u otro identificador: _____

Nombre: _____ Ultimos cuatro digitos de ssn, cumpleaños u otro identificador: _____

III. Solicitud para recibir comunicacion confidencial por medios alternativos:

Segun lo dispuesto en la Seccion 164.522 (b) de la Regla de Privacidad, por la presente solicito que la Practica me haga todas las Comunicaciones por los medios alternativos que he enumerado a continuacion

OK para dejar mensajes de voz con informacion detallada Celula La casa Ambos

Esta bien dejar mensajes de voz solo con el numero de devolucion de llamada Celula La casa Ambos

Ok enviar por correo a la direccion indicada arriba Si No

Ok para enviar un mensajes de texto con informacion detallada Si No

- IV. La autoizacion anterior es voluntaria y puedo negarme a aceptar sus terminos sin afectar ninguno de mis derechos a recibir atencion medica en el consultorio.
- V. Estas autorizaciones pueden ser revocadas en cualquier momento notificando a la practica por escrito a la direccion postal de la practica marcada a la atencion del "Oficial de Cumplimiento de HIPPA"
- VI. La revocacion de esta autorizacion no tendra ningun efecto sobre las divulgaciones que ocurran antes de la ejecucion de cualquier revocacion
- VII. Es posible que vea la copia de la informacion descrita en este Formulario, si la solicito, y obtendre una copia de esto despues de firmarlo
- VIII. Este Formulario se complete por complete antes de firmarlo y reconozco que todas mis preguntas fueron respondidas a mi satisfaccion. Entiendo completamente este Formulario de autorizacion y he recibido una copia ejecutada si se solicito
- IX. Esta autorizacion es valida a partir de la Fecha en que he firmado a continuacion y seguira siendo valida hasta que se modifique o revoque.
- X. He leído todo lo anterior

Escriba en letra de imprenta la paciente

Firma del paciente

Fecha

Acuerdo de politica financiera

En SynergyHealth Foot & Ankle estamos comprometidos a brindarle la mejor atencion possible. Si tiene seguro medico, estamos ansiosos por ayudarlo a recibir los beneficios maximos permitidos. En caso de que no tenga seguro, seguimos comprometidos a brindar atencion de calidad a todos los pacientes. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda, comprension y aceptacion de nuestra politica de pago.

A menos que nuestra personal haya aprobado con anticipacion los arreglos de seguro, el pago de los servicios se debe realizar en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, MasterCard, Visa, American Express y Discover.

Los cheques y saldos devueltos con mas de 30 dias de antiguedad estan sujetos a tarifas de cobro adicionales e intereses del 1.5% por mes. Con mucho gusto discutiremos su tratamiento propuesto y responderemos cualquier pregunta relacionado con su seguro.

Debes darte cuenta de que:

- El seguro es un contrato entre usted y su compania de seguros. Eres responsable de respetar sus terminos.
- Nuestra tarifa generalmente se encuentra dentro del rango aceptable por la mayoria de las companias de seguros y, por lo tanto, esta cubierta hasta la Asignacion maxima determinada por cada compania. Esto se aplica solo a las empresas que pagan un porcentaje (como el 50% o el 80%) para esta region. Por lo tanto, la mayoria de las empresas consideran nuestras tarifas habituales, habituales y razonables. Esto no se aplica a las empresas que reembolsan en base a "horarios" o tarifas arbitrarios, lo que no guarda relacion con el estandar actual de tarifas y costo de la atencion en esta region geografica. No todos los servicios son un beneficio cubiertos en todos los contrators; algunas companias de seguros se niegan arbitrariamente a cubrir determinados servicios. Con mucho gusto te daremos la informacion necesaria para que consultes con tu compania de seguros si un servicio esta cubierto o no.
- Pacientes de Medicare: Nos gustaria que comprendo que aceptar la Asignacion significa que usted es responsable del deducible anual y del 20% (coseguro) de lo que permite Medicare. Tambien es responsable de los servicios que su seguro complementario / secundario no cubra. Si su seguro complementario / secundario no paga esta cantidad, USTED es responsable del sado.
- Presentaremos su reclamo de seguro como una cortesia que siempre hemos extendido a nuestras pacientes. Sin embargo, todos los cargos son responsabilidad suya, no de su compania de seguros. Haremos nuestra mejor esfuerzo para cobrarles, pero si a pesar de nuestros mejores esfuerzos no temenos exito, usted es responsable del saldo impago.
- Sabemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. No queremos que ningun problema financiero se interponga en el camino de nuestra Buena relacion con usted. Si surgen tales problemas, le recomendamos que se comuniquen con nosotros de inmediato para obtener ayuda en la administracion de su cuenta.

Si tiene alguna pregunta sobre la informacion anterior o cualquier duda, no dude en consultarnos.

Estamos aqui para ayudarte!

1. Todos lo copagos vencen al momento de la visita. No se aceptan cheques con Fecha posterior.
2. El coseguro y los deducibles no cubiertos vencen antes de las cirugias y procedimientos programados. Una vez que se verifiquen los beneficios y se calculi su responsabilidad financiera estimada, se le notificara el monto del pago y la Fecha de vencimiento.
3. Usted es el responsable final del pago de los cargos por los servicios que recibe de nuestra oficina.
4. De acuerdo con el manual para miembros de su seguro, es su responsabilidad proporcionar informacion precisa sobre el seguro y presentarla para su cuidado; usted sera responsable del pago en el comento del servicio. Le proporcionaremos una copia del reclamo del seguro para que pueda obtener el reembolso de su compania de seguros.
5. Es su responsabilidad asegurarse de que seamos proveedores participantes con su seguro.
6. Si su plan require una remision, es su responsabilidad obtenerla antes de ser atendido por nuestro proveedor.
7. Las cancelaciones de citas y procedimientos deben recibirse al menos 24 horas antes de la cita programada. Los pacientes que no cancelen una cita programada estaran sujetos a un cargo por cancelacion.
8. El pago de los servicios prestados vence a los 30 dias de la Fecha de su estado de cuenta. Los saldos anteriores impagos deben pagarse en su totalidad antes de cualquier visita adicional, a menos que se hayan hecho arreglos con nuestro asesor financiero. Cualquier cheque devueltos estara sujetos a un cardio de \$35.00
9. Los solicitudes de registros medicos deben recibirse por escrito al menos 72 horas antes de la Fecha necesaria. Las tarifas por registros medicos se establecen de acuerdo con las cantidades permitidos segun lo define el estado de Virginia. El pago debe recibirse antes de la entrega del registro. No se pueden enviar mas de 5 paginas por fax.
10. Servicios administrativos: Hay un cargo de \$25 por cada servicio administrativo pagadero antes de la finalizacion del servicio. Esta tarifa de servicio administrativo cubre servicios administrativos especificos que incluyen todos y cada uno de los tramites relacionados con la discapacidad, licencia de trabajo por afecciones medicas no operativas, cualquier revision que deba realizarse en la documentacion solicitada y completada previamente para obtener informacion que no se especifico antes de completarla, y cualquier otro rubro administrativo que no cubra el seguro.
11. Todas las ventas son definitivas con cualquier articulo de venta libre (OTC) o equipo medico duradero (DME)
12. Reembolsos de pacientes: espere 60 dias desde el momento en que su compania de seguros responda a un reclamo para que se procese su reembolso. Los reembolsos se emitiran en forma de cheque en papel que se enviara por correo a la dirrecion de su casa registrada.
13. Tarifas de cobro: Se le enviarian hasa tres avisos por su responsabilidad financiera (coseguro, deducible) despues de que se reciba el pago y / o la explicacion de beneficios (EOB) de su compania / companias de seguros. Despues del tercer y ultimo aviso, su cuenta sera reeniada a la agencia de nuestra coleccion. Si su cuenta se envia a una agencia de cobranza, se agregara una tarifa del 35% a su cuenta. Usted assume la responsabilidad financiera total por cualquier cargo incurrido.
14. Si no tiene seguro, aun se require el Cumplimiento total de nuestro acuerdo financiero. Un resumen de nuestro acuerdo de pago por cuenta propia para el paciente esta disponible para su revision previa solicitud.

He recibido, leído y entendido la política financiera de SynergyHealth Foot and Ankle Associates, PLLC y estoy de acuerdo con sus terminos.

Firma de la paciente / tutora

Fecha