

Yuma Foot and Ankle Surgeons

ALAN B. KRAVITZ, DPM, FACFAS*#~

MARK S. GOSS, DPM, AACFAS^

*Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery®

#Board Certified in Foot Surgery

+Board Certified in Reconstructive Rearfoot & Ankle Surgery

~Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons®

^Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons®

www.yumafootandankle.com

1881 West 24th Street, Suite C
Yuma, AZ 85364

Phone (928) 314-3333
Fax (928) 314-4333

POLIZAS DE LA OFICINA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

1. **NUESTRO CONSULTORIO REQUIERE REGISTRACION ANTES DE SU CITA! TODA CITA SERA CANCELADA SI NO SE REGISTRA AL MENOS 24 HORAS ANTES DE SU CITA.**
2. Entendemos que ocurren emergencias y enfermedades pero nuestra oficina requiere al menos 24 horas de aviso por adelantado antes de cancelar o reprogramar su cita. Si esto no ocurre, se le cobraran \$25. Si no paga este cobro dentro de 30 días, su cuenta será enviada a nuestra agencia de cobranzas y un cobro adicional podría ser agregado a su cuenta. Esto puede ser renunciado dependiendo del caso o situación de cada persona.
3. Nuestro consultorio exige al menos un aviso con 24 horas de anticipación para cambiar o cancelar cualquier cita.
4. A partir de 6/20/17 Nuestros Doctores no tratan el hongo de uñas de los pies, realizan el recorte de uñas, o realizan el afeitado de callo. Nos disculpamos por cualquier inconveniente.
5. Por favor tenga en cuenta que no podemos obtener autorizaciones para su cita y/o consultas de control. Le recomendamos que usted se comunique con el consultorio de su médico de atención primaria (PCP, en inglés) algunos días antes de su cita para confirmar si usted ha obtenido la debida autorización. Si usted decide acudir a su cita sin contar con esa autorización previa, usted será personalmente responsable del costo de esa consulta. **No podemos hacer excepciones a esta norma.** Tenga en cuenta que esto no se aplica a todos los pacientes, sino únicamente a los pacientes cuyo seguro requiera referencias médicas y autorizaciones.
6. Para que usted pueda ser atendido por el medico, debe completar y firmar las hojas con información del paciente.
7. El consentimiento escrito de uno de los padres o representante **legal** es obligatorio para TODOS menores de edad.
8. Desafortunadamente, si usted pierde tres citas, nos veremos obligados a despedirlo de nuestra práctica, por favor haga todo lo posible para mantener sus citas programadas.
9. Pedimos 48 horas para pedidos de reposición de medicamento, por favor planifique con tiempo cuando el medicamento se le esté terminando. Rutina de pedidos de medicamentos solo se abordaran durante las horas normales de trabajo.
10. Los cargos por los servicios médicos deben pagarse en el momento en que se reciben los servicios, a menos que se haya llegado a otro acuerdo de antemano con el personal del consultorio.
11. Si por alguna circunstancia extraordinaria, a usted le es imposible cumplir las condiciones de su pago, le invito a llamar o discutir personalmente el asunto con el gerente de mi consultorio. Así evitaremos malos entendidos y podremos mantener su cuenta en un buen estado de solvencia.
12. Habrá un cargo de \$25.00 por todos los cheques devueltos.
13. Las cuentas que tengan noventa (90) días de atraso en el pago serán remitidas a nuestra agencia de cobranzas y se añadirá un 65% adicional a su cuenta.
14. Si este consultorio tiene contrato con su compañía de seguros, entonces usted es el único responsable de todos los copagos o deducibles en la fecha en que reciba el servicio.
15. Si este consultorio no tiene contrato con su compañía de seguros, debe entenderse que su póliza es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es importante que usted comprenda sus estipulaciones. No podemos garantizar el pago de sus reclamaciones. Usted es responsable del pago total de su factura, independientemente del estado de su reclamación ante la compañía de seguro. Si su compañía de seguros le paga solo una parte de la facture o rechaza su reclamación por completo, se le enviara por correo una explicación a usted que es el titular de la póliza. Las reducciones en los pagos de una reclamación o un rechazo en su reclamación por parte de su compañía de seguros no le eximirán de sus obligaciones financieras con nosotros.
16. **Como paciente, tiene la responsabilidad de presentar toda la información sobre su seguro a este consultorio. Si no notifica a este consultorio los cambios en su seguro, esta falta puede ocasionar que usted sea financieramente responsable de todos los cargos.**

ESTA FORMA SE MANTENDRA EN EFECTO HASTA QUE YO LO REVOQUE POR ESCRITO. YO HE LEIDO Y COMPRENDIDO LAS NORMAS DE ESTE CONSULTORIO Y ESTOY DE ACUERDO EN ACATAR ESTAS NORMAS.

Firma del Paciente

Fecha

Yuma Foot and Ankle Surgeons

ALAN B. KRAVITZ, DPM, FACFAS*#+~

MARK S. GOSS, DPM, AACFAS^

*Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery®

#Board Certified in Foot Surgery

+Board Certified in Reconstructive Rearfoot & Ankle Surgery

~Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons®

^Associate,, American College of Foot & Ankle Surgeons®

www.yumafootandankle.com

1881 West 24th Street, Suite C
Yuma, AZ 85364

Phone (928) 314-3333
Fax (928) 314-4333

ACTUALIZACION MEDICA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE HOY: _____

ESTATUS MARITAL: ☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ JUNTADO(A) ☐ SEPARADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A)

IDIOMA PRINCIPAL: ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ OTRO

ORIGEN ÉTNICO: ☐ HISPANO/LATINO ☐ No-HISPANO/LATINO ☐ NINGUNO

RAZA: ☐ INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA ☐ ASIÁTICO ☐ AFRICO AMERICANO ☐ CAUCÁSICO

☐ ISLAS DEL PACÍFICO/NATIVO DE HAWÁII ☐ OTRO ☐ NINGUNO

DESDE SU ÚLTIMA VISITA, HA HABIDO ...

CAMBIO DE SU NÚMERO TELÉFONO? _____

CAMBIO DE DIRECCIÓN? _____

CAMBIO DE ASEGURANZA? _____

CAMBIO DE FARMACIA? _____

CAMBIO EN HISTORIA FAMILIAR? _____

NUEVAS ALERGIAS? _____

CAMBIO EN MEDICAMENTOS? _____

NUEVOS PROBLEMAS MÉDICOS? _____

A VISTO A OTROS PROVEEDORES MÉDICOS? _____

A TENIDO RECIENTES CIRUGÍAS? _____

ALGUN CAMBIO EN USO DE ALCOHOL O FUMAR? _____

ALGUN CAMBIO EN SU SITUACIÓN DE TRABAJO? _____

ALGUN CAMBIO EN LA SITUACIÓN FAMILIAR EN LA QUE VIVE? _____

CUAL ES EL PROBLEMA ESPECÍFICAMENTE POR EL QUE VIENE A CONSULTA HOY? _____

HACE CUANTO EMPEZO ESTE PROBLEMA? _____ DÍAS / SEMANAS / MESES / AÑOS

SU PROBLEMA O DOLOR: ☐ EMPEZO DE REPENTE ☐ DESAROLLO CON EL TIEMPO

COMO DESCRIBIRIA SU DOLOR ☐ NO DOLOR ☐ AGUDO ☐ LEVE ☐ DOLORIDO ☐ QUEMAZON

☐ IRRITANTE ☐ COMEZON ☐ PUNZANTE ☐ OTRO _____

COMO CALIFICARIA SU DOLOR EN ESCALA DE 0 AL 10? (PORFAVOR CIRCULE UNO)

(NO DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (MUCHO DOLOR)

DESDE EL MOMENTO QUE EMPEZO SU DOLOR: ☐ SE A MANTENIDO IGUAL ☐ EMPEORO ☐ MEJORO

QUE HACE QUE SU DOLOR O PROBLEMA EMPEORE? ☐ CAMINAR ☐ ESTAR DE PIE ☐ ACTIVIDADES DIARIAS

☐ DESCANSAR ☐ ZAPATOS DE VESTIR ☐ ZAPATILLAS ☐ ZAPATO PLANO ☐ ZAPATO CERRADO

☐ CORRER ☐ CAMINA DESCALZO ☐ OTRO _____

QUE HACE QUE SU DOLOR O PROBLEMA MEJORE? _____

NOMBRE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

ESTATURA: _____

PESO: _____

CALZADO DE ZAPATO: _____

QUE TRATAMIENTOS A TENIDO PARA ESTE PROBLEMA (INCLUYENDO MEDICAMENTOS)?

COMO A AFECTADO ESTE PROBLEMA SU TRABAJO O DIARIO VIVIR? _____

EL PROBLEMA FUE A CAUSA DE ALGUNA LESION? ☐ SI (DESCRIBA) _____ ☐ No

FECHA DE LESION: _____

FUE UNA LESION LABORAL? ☐ SI ☐ No

DONDE ESTÁ EL DOLOR/UBICACIÓN DEL PROBLEMA, FAVOR DE MARCAR EN LOS DIBUJOS ABAJO.

PIE IZQUIERDO



PARTE SUPERIOR



PARTE INFERIOR



INTERIOR DEL PIE



EXTERIOR DEL PIE

PIE DERECHO



PARTE INFERIOR



PARTE SUPERIOR



EXTERIOR DEL PIE



INTERIOR DEL PIE

A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, HE CONTESTADO LAS PREGUNTAS DE ESTA FORMA CON PRECISION. YO ENTIENDO QUE EL PROVEER INFORMACION INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. YO ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL DOCTOR O PERSONAL DE LA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO DE MI ESTADO DE SALUD. YO DOY MI PERMISO A DR. ALAN B. KRAVITZ / DR. MARK S. GOSS PARA EL TRATAMIENTO NECESARIO EN EL DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE MI PIERNA/PIE. SOLICITO QUE EL PAGO BAJO EL PROGRAMA DE SEGURO MEDICO SEA HECHO A YUMA FOOT AND ANKLE SURGEONS DE MI PARTE. IGUAL AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE MI INFORMACION MEDICA A MI ASEGURANZA SI ES NECESARIO. SI ES NECESARIO REFERIR MI CUENTA A UNA AGENCIA DE COLECCIONES, POR FIRMAR ABAJO ME COMPROMETO A PAGAR UNA CUOTA DE COLECCION DE CECENTE Y CINCO PORCIENTO, Y LAS COSTAS JUDICIALES QUE SE PRESENTEN.

NOMBRE DE PACIENTE IMPRENTA (PADRE O GUARDIÁN)

FIRMA DEL DOCTOR

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA

FIRMA Y FECHA