



RECONSTRUCTIVE FOOT AND ANKLE SURGICAL ASSOCIATES, P.C.
1600 N. High Street, Millville, NJ 08332 - Tel. (856) 825-9009 - Fax. (856) 825-4766
Jose R. Ruiz, DPM, FACFAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre, Apellido	Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F ()	Teléfono Primario ()	Teléfono Móvil ()
Dirección Residencial	Ciudad	Estado	Código Postal	Estado Civil Divorciado/Casado/Soltero/Viudo	
Trabajo	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Trabajo	
Raza Asiatico/ Negro/Hispano/ Blanco	Origen Etnico		Idioma Principal Inglés/Español/Otros		
Correo Electrónico					

PERSONA RESPONSABLE DEL SEGURO MEDICO (Nombre del asegurado si es diferente al paciente o si el paciente es menor de edad debera presentar informacion de los padres)

Relación al Paciente					
Nombre, Apellido	Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F ()	Teléfono Primario ()	Teléfono Móvil ()
Dirección Residencial	Ciudad	Estado	Código Postal	Estado Civil Divorciado/Casado/Soltero/Viudo	
Trabajo	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Trabajo	

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre de la Aseguración Primaria	Número de Póliza	Número de Grupo	Relación al Paciente Asegurado
Nombre de la Aseguración Secundaria	Número de Póliza	Número de Grupo	Relación al Paciente Asegurado

INFORMACION DE SUS DOCTORES

Doctor Primario	Ciudad	Teléfono
Doctor que lo refirió a esta oficina	Ciudad	Teléfono
Endocrinólogo	Ciudad	Teléfono

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto	Relación	Teléfono Primario	Teléfono Secundario
----------------------------	-----------------	--------------------------	----------------------------

DIVULGACION DE INFORMACION PERSONAL. Yo autorizo a los doctores y personal de Reconstructive Foot & Ankle Surgical Associates a que puedan discutir mis datos personales y financieros con la siguiente persona(s)

Nombre de la persona autorizada	Relación	Teléfono Primario
--	-----------------	--------------------------

Si No Autorizo a Reconstructive Foot & Ankle Surgical Associates a dejar mensajes en mi contestador con respecto a mi información personal, médica o financiera.

Certifico que la información que he proporcionado es correcta. Autorizo la liberación de mi información médica para procesar reclamaciones de seguro a las compañías de seguro con el fin de la presentación y pago de reclamaciones médicas. Autorizo el pago de las presentaciones médicas directamente al médico proveedor. Autorizo que una copia de este documento se pueda utilizar en reemplazo del original. Reconozco que se me ha proporcionado información sobre el Aviso de Practicas de Privacidad y que a petición se me proporcionará una copia.

Por favor de presentar Identificación con Foto y Tarjetas del Seguro Médico al completar esta página.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha



RECONSTRUCTIVE FOOT AND ANKLE SURGICAL ASSOCIATES, P.C.
1600 N. High Street, Millville, NJ 08332 - Tel. (856) 825-9009 - Fax. (856) 825-4766

Jose R. Ruiz, DPM, FACFAS

La siguientes son las reglas financieras de esta oficina que requiere que usted lea y firme.

RESPECTO A LAS RECLAMACIONES DE SEGURO:

Como cortesía a nuestros pacientes, facturaremos a su compañía de seguros por los servicios prestados. Usted debe proveernos la **información correcta y completa** del seguro al momento de la visita. Sin embargo, dado que su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros, si por alguna razón su compañía de seguros no paga su reclamo, usted es responsable por la totalidad de los cargos en base a la tarifa de la oficina.

RESPECTO AL PAGO:

Todos los copagos y deducibles se deben de pagar al momento de la visita. Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débito y crédito. Tenga en cuenta que hay un cargo de **\$25.00** para cheques devueltos, que debe pagarse en efectivo antes de continuar el tratamiento.

RESPECTO AL MEDICARE:

Aceptamos la asignación de Medicare, si usted no ha cumplido con su deducible para el año en curso, esta será su responsabilidad. Si usted no tiene un seguro suplementario o secundario, usted será responsable por el **20%** al momento de su visita.

RESPECTO A LOS REFERIDOS Y AUTORIZACIONES:

Si su seguro requiere referido o autorización previa, es responsabilidad del paciente obtenerla antes de la visita. Es necesario mostrar sus tarjetas de identificación, tarjeta de seguro médico y la evidencia de su referido y/o autorización, en adición su copago por la visita.

RESPECTO A LAS CANCELACIONES DE VISITA MEDICA:

Cuando un paciente pierde una cita programada, priva a nuestra oficina de proporcionar servicios a otras personas que necesitan nuestra atención. **Requerimos 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita.** Si no lo hace, se le cobrará un cargo de **\$25.00** al paciente y no a la compañía de seguros. Esto debe pagarse antes de continuar con el tratamiento y los servicios. Además, si llega más de 15 minutos tarde a su cita, nos reservamos el derecho a cambiarle su cita para otro día.

EQUIPOS MEDICOS DURADEROS Y OTROS PRODUCTOS:

Intentaremos facturar a su compañía de seguros por los equipos médicos, pero no todos los planes de seguro cubren este servicio y será su responsabilidad pagar cualquier **coseguro, deducible o pago** adeudado. También para comodidad de nuestros pacientes, tenemos diversos productos que no son facturables a las compañías de seguros, ya que se consideran **productos de venta libre**. El pago se espera en el momento de la compra.

Gracias por leer nuestras reglas financieras. Si necesita alguna aclaración, nuestro personal estará disponible a ayudarle.

He leído y entiendo las reglas financieras como se describió anteriormente.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE



HISTORIAL MEDICO - VISITA INICIAL

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha: _____

Servicios Prestados en: Oficina Casa Asilo Otros

Cuál es la razón de su visita? _____

Por favor indicar que problemas en los pies, tobillos o piernas tiene ahora o ha tenido en el pasado:

Dolor en el Tobillo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor en el Talón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Callos y Callosidades	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hinchazón en Pies/Tobillos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Pies Planos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Juanetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Verruga Plantar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Entumecimiento en Pies/Piernas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Pie de Atleta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Unas Encarnadas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Calambres en Pies/Piernas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Pies Cansados	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Anote cualquier procedimiento quirúrgico pasado que haya tenido en los pies o tobillos :

1.) _____ Fecha: _____

2.) _____ Fecha: _____

Tamaño de Zapato: _____ Usa zapatos especiales? _____ Peso Actual: _____ Altura: _____

Utiliza? Andador: Si No Muletas : Si No Baston: Si No Sillas de Rueda: Si No

Es usted alérgico a cualquiera de lo siguientes:

Aspirina Penicilina Codeina Acrílico Metálico Latex Anestésico locales Sulfamid

No alergias a comidas ni drogas Si usted es alérgico a uno de estos o otros, cual es la reacción? _____

Farmacia: _____ Dirección: _____

Lista de Medicamentos Actuales: Ver lista adjunta

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____



RECONSTRUCTIVE FOOT AND ANKLE SURGICAL ASSOCIATES, P.C.
1600 N. High Street, Millville, NJ 08332 - Tel. (856) 825-9009 - Fax. (856) 825-4766
Jose R. Ruiz, DPM, FACFAS

Paciente _____

Fecha: _____

Usted tiene o ha tenido algunas de estas condiciones? Responda SI o NO

CONSTITUCIONAL

Pérdida de Apetito	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Escalofríos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Mareos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fiebre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Aumento/pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____		

CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA

Problemas de los ojos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas de los oídos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sangrado de la nariz	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problema de la garganta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____					

CARDIOVASCULAR

Angina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Válvula del Corazón artificial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tranfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Manos o pies fríos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Trombosis venosa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Alta presión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ritmo cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Calambres en las piernas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor en la pierna con descanso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor de piernas al caminar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hinchazón en las piernas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos del corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Circulación pobre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Embolia Pulmonar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Venas Varicosas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____		

RESPIRATORIO

Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad pulmonaria obstructiva crónica (COPD)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____					

GASTROINTESTINAL

Sangre en heces	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas de la vesícula	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Acidez	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hernia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nausea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Úlceras del estómago	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____		

NEUROLOGICO

Sensación de quemazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desmayos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hormiguero en los pies	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lesión craneal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Pérdida de balance	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Pérdida de sensación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Caidas recientes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Espina bífida	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Temblores	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____		

MUSCULOSQUELETICO

Artritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Gota	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hinchazón en articulaciones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor de piernas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros _____								

GENITOURINARIO

Enfermedades del riñón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nocturia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____					

INTEGUMENTARIO

Herpes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Salpullido	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas en la uñas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cáncer en la piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Descoloración de la piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Úlceras en la Piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____					

PSIQUIATRICO

Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros _____								

HEMATOLOGICO/LINFATICO

Anemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros _____					

ENDOCRINO

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de las tiroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros _____								



Paciente _____ Fecha: _____

Usted tiene Diabetes? Si No **Si responde SI, usted usa insulina?** Si No

Cuando fue diagnosticado? _____ Quién es el doctor que atiende su diabetes? _____

Cuando fue la última vez que vio a su doctor de la diabetes? _____

Enumere cualquier enfermedad seria que haya tenido: _____

Enumere cualquier cirugía mayor que haya tenido: _____

Esta usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Si No **Si responde SI, enumere la condición por la cual es tratada y el médico que la atiende:**

Condición: _____ Doctor: _____

Condición: _____ Doctor: _____

Historia Social

Usted fuma? Si No Si responde **SI**, cuantos al día? _____

Alguna vez a fumado? Si No Fecha que dejó de fumar? _____

Consume bebidas Alcohólicas Si No Si responde **SI**, cuanto al día?

Hace ejercicios con regularidad? Si No Participa en alguna actividad deportiva? Si No

Por favor describa la actividad y frecuencia: _____

Historial Familiar:

Madre: Vivo ____ Fallecido ____ Causa de la muerte _____

Padre: Vivo ____ Fallecido ____ Causa de la muerte _____

Hermanos(s): Cuantos? ____ Cuantos viven? ____ Causa de la muerte _____

Hermanas(s): Cuantas? ____ Cuantos viven? ____ Causa de la muerte _____

Alguna familia ha tenido las siguientes enfermedades? Si es así, que miembro de la familia?

	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA
Enfermedad del Corazón	_____	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____
Desorden de la sangre	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Derrame Cerebral	_____	_____	_____	_____
Problemas Neurológico	_____	_____	_____	_____
Problemas de Circulación	_____	_____	_____	_____
Alta Presión	_____	_____	_____	_____
Problemas Vasculares	_____	_____	_____	_____