



Scot L. Roberg, D.P.M., Dylan M. Roberg, D.P.M., Ana Emirzian D.P.M.,  
Sean M. Pearson D.P.M., Steven Vines D.P.M., Anh Nguyen D.P.M

## Bienvenidos

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado

Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Cual doctor lo refirió: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  Fue referido  Asegurancia  Internet  Doctor  
 Amigo/Pariente  Otro \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

### DEBIDO A LOS REQUISITOS DE HIPAA VERIFIQUE LO SIGUIENTE:

Hispano / Latino  Indio Americano / Nativo de Alaska  Asiatico  Raza blanca  
 Afroamericano  Nativo de hawai / Isla del pacifico  Otro

Idioma principal:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

### **Información del seguro médico:**

*Se solicita a todos los pacientes que proporcionen una copia de su tarjeta de seguro al momento del check-in.*

Seguro médico: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Farmacia preferida/ actual:**

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_

Domicilio o lugar de la farmacia: \_\_\_\_\_

### **Medicamentos actuales:**

Incluya medicamentos recetados y no recetados y vitaminas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DEL FORMULARIO)**

451 W. Gonzales Road, Suite 260 Oxnard, CA 93036 - (805) 983-0222 - Fax - (805) - 604 - 9872  
3160 Telegraph Road, Suite 207 Ventura, CA 93003 - (805) 485-6708 - Fax - (805) - 278 - 2299



Scot L. Roberg, D.P.M., Dylan M. Roberg, D.P.M., Ana Emirzian D.P.M.,  
Sean M. Pearson D.P.M., Steven Vines D.P.M., Anh Nguyen D.P.M

### Alergias:

- Cinta adhesiva**
- Aspirina
  - Codeina
  - Demerol
  - Yodo

- Anestésicos Locales
  - Penicilina
  - Sulfamida
- Otras alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Historia podológica:

¿Cuál es la razón de su visita? (Incluya pies, tobillos, rodillas, piernas o quejas de cadera):

¿Ha visto a un podólogo?  Si  No Si es así, ¿a quién vio?: \_\_\_\_\_

### Historial médico: (marque los que apliquen)

- |  |  |
|--|--|
| SIDA/VIH <input type="checkbox"/>                | Alta presión <input type="checkbox"/>          |
| Artritis <input type="checkbox"/>                | Problema de riñón <input type="checkbox"/>     |
| Desórdenes de la sangre <input type="checkbox"/> | Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> |
| Cancer <input type="checkbox"/>                  | Neuropatía <input type="checkbox"/>            |
| Problemas circulatorios <input type="checkbox"/> | Derrame cerebral <input type="checkbox"/>      |
| Diabetes <input type="checkbox"/>                | Úlceras <input type="checkbox"/>               |
| Gota <input type="checkbox"/>                    | Venas varicosas <input type="checkbox"/>       |
| Hepatitis o ictericia <input type="checkbox"/>   | Uso de cigarrillos/tabaco? Cuantos años:       |

Indique qué problemas de pies ha tenido en el pasado:

- |   |  |
|---|--|
| Dolor de tobillos <input type="checkbox"/>          | Calambres en pies o piernas <input type="checkbox"/> |
| Pie de atleta <input type="checkbox"/>              | Dolor en el talón <input type="checkbox"/>           |
| Juanetes <input type="checkbox"/>                   | Uñas enterradas <input type="checkbox"/>             |
| Callos <input type="checkbox"/>                     | Verrugas/ ojo de pescado <input type="checkbox"/>    |
| Calambres o entumecimiento <input type="checkbox"/> | Hinchazón en tobillos/pies <input type="checkbox"/>  |
| Pies planos <input type="checkbox"/>                |  |

### Consentimiento de tratamiento:

Por la presente doy mi consentimiento y doy mi permiso al médico (y a los asistentes del médico o al reemplazo designado) para que me administren y realicen los procedimientos que el médico considere necesarios.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del paciente, padre/madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **Consentimiento para tratamiento médico y divulgación de información**

- 1. Consentimiento para servicios de atención médica:** Yo autorizo el consentimiento para tratamiento médico en la oficina de Coastal Foot and Ankle
- 2. Autorización para la divulgación de información:** Coastal Foot and Ankle puede divulgar información de mis registros médicos a cualquier proveedor de atención médica involucrado en mi atención y tratamiento. Scot Roberg D.P.M también puede divulgar información de mis registros médicos a cualquier persona u organización responsable de todo o parte de mis cargos, como mi compañía de seguros, cualquier tercero pagador, los programas de Medicare y la compañía de compensación laboral de mi empleador. Reconozco que tras la divulgación de información de registros médicos a una compañía de seguros u otro pagador de conformidad con esta autorización, Coastal Foot and Ankle ya no es responsable de la confidencialidad de cualquier información conocida o en posesión del pagador.
- 3. Acuerdo financiero:** Entiendo que no hay garantía de pago por parte de ninguna compañía de seguros u otro pagador. Acepto pagar todos los cargos por los servicios proporcionados por *Coastal Foot and Ankle* que no sean pagados por mi seguro médico u otro pagador. Todos los cargos tendrán que ser pagados en cuanto reciba la factura. Entiendo que cualquier crédito o reembolso que me deban se enviará a la dirección registrada en la oficina de Coastal Foot and Ankle. Entiendo que soy responsable de un cargo de \$45.00 por cada cheque devuelto, además de cualquier otro cargo bancario asociado.
- 4. Requisitos de autorización previa:** Acepto la responsabilidad de obtener todas las referencias o autorizaciones previas y de cumplir con todos los requisitos de cualquier seguro o plan de cobertura médica en el que confío para la cobertura médica de los cargos de Coastal Foot and Ankle.
- 5. Cesión para pago directo:** Yo autorizo que el pago de cualquier beneficio de seguro (incluido el seguro de automóvil y el seguro de atención médica) por servicios o bienes de atención médica se pueda realizar directamente a Coastal Foot and Ankle.
- 6. Cargo por no presentarse/cancelación sin aviso de 24 horas:** Entiendo que se requiere un aviso de 24 horas para cancelar una cita, y se me cobrará una tarifa de \$25.00 por cualquier cita perdida sin notificación requerida. También entiendo que seré responsable de este cargo y que no se facturará a mi compañía de seguros por ese día.

La siguiente persona (o clase de personas) tiene mi autorización para acceder a mi Información de salud protegida:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y relación)

**Yo reconozco que:**

- He leído este formulario y entiendo su contenido.
- Soy el paciente, o la persona debidamente autorizada por el paciente o de otra manera, para firmar este acuerdo, dar mi consentimiento y aceptar sus términos.
- Soy responsable de notificar al médico y / o personal médico de cualquier y todas las actualizaciones de la información mencionada incluyendo cualquier cambio de seguro médico que tenga.
- Soy responsable del pago y/o copago que se debe al momento del servicio.
- He revisado y entiendo que puedo obtener una copia de la Política HIPAA de Coastal Foot & Ankle

\_\_\_\_\_  
(Nombre y relación)

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona Legalmente Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de padres o Legalmente Responsable (por favor imprima)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**