



Scot L. Roberg, DPM, Dylan M. Roberg, DPM, Ana Emirzian DPM,
Sean M. Pearson DPM, Anh Nguyen DPM

Bienvenidos

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono preferido: (____) _____

Por favor, marque con un círculo: celular o casa

¿Opta por recibir mensajes de texto de Coastal Foot and Ankle?

Seguridad Social # _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número del contacto de emergencia: _____

Doy autorización para que este contacto tenga acceso a mi información de salud.

Estatura: _____ Peso: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Referencia En línea Doctor Amigo/Familia

Otro _____

Idioma principal:

Inglés Español Otro: _____

Información del seguro médico:

Es responsabilidad del paciente/suscriptor asegurarse de que Coastal Foot and Ankle reciba la información de seguro más actualizada. Por favor, notifique a nuestro personal si su información de seguro ha cambiado.

Seguro médico: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____

Farmacia preferida/ actual:

Nombre de farmacia: _____

Domicilio o lugar de la farmacia: _____

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

April 2026



Medicamentos actuales:

Incluya medicamentos recetados y no recetados y vitaminas:

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"/> | |



Scot L. Roberg, DPM, Dylan M. Roberg, DPM, Ana Emirzian DPM,
Sean M. Pearson DPM, Anh Nguyen DPM

Consentimiento para el tratamiento y acuerdo financiero

Doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento médico proporcionados por Coastal Foot and Ankle, incluidos cualquier procedimiento que el médico o el personal autorizado consideren médicamente necesarios.

Uso de la tecnología y la inteligencia artificial (IA):

Reconozco que Coastal Foot and Ankle puede utilizar tecnología, incluida la inteligencia artificial (IA), para la documentación clínica, el apoyo administrativo y la asistencia en la toma de decisiones. Dichas herramientas apoyan, pero no reemplazan, el juicio médico independiente del proveedor. El proveedor sigue siendo el único responsable de todas las decisiones médicas y la atención.

Autorización para la divulgación de información:

Autorizo a Coastal Foot and Ankle a divulgar mi información médica según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Información del seguro y responsabilidad financiera:

- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de conocer los términos y condiciones de su póliza.
- Coastal Foot and Ankle intentará verificar la elegibilidad y los beneficios como cortesía; sin embargo, no podemos obtener los detalles exactos de pago hasta que se facture.
- Soy responsable de proporcionar información de seguro completa y precisa y de obtener las referencias requeridas. El incumplimiento de esto puede resultar en denegaciones de reclamaciones, por las cuales acepto plena responsabilidad financiera.

Términos de pago:

- Copagos y deducibles: Los copagos deben pagarse en el momento del servicio; no podemos legalmente eximirlos. Si su plan tiene un deducible, se le pedirá que lo pague en el momento del servicio hasta que se haya alcanzado el deducible establecido por su aseguradora.
- Cargos generales: Acepto pagar todos los cargos no cubiertos por el seguro. El pago se debe realizar al recibir la facturación.
- Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de \$45.

Políticas de la oficina:

- Citas: Mantenemos una política de 15 minutos de tolerancia para retrasos. Si llega más de 15 minutos tarde, es posible que tengamos que reprogramar su cita.
- Cancelaciones: Acepto proporcionar al menos 24 horas de aviso para las cancelaciones. No hacerlo puede resultar en un cargo de \$25 por cita no asistida, el cual no es facturable al seguro.
- Medicamentos: Las recetas se envían electrónicamente al final de la mañana o al final de la jornada laboral. Por favor, contacte directamente a su farmacia registrada para actualizaciones.
- Se cobrará una tarifa de \$25 por la copia y entrega de los registros médicos (por favor, permita hasta 10 días hábiles para el procesamiento).

Reconocimiento y acuerdo:

Firma: _____ Fecha: _____ Nombre impreso: _____

Firma en nombre del paciente (menor de 18 años): _____

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

April 2026