



Richard H. Graves, DPM
 Mie Shirai, DPM
 William Spak, DPM
 304 Cherry Avenue, Long Beach, CA 90802
 5406 E. Village Road, Long Beach, CA 90808
 562-433-0478 Fax 562-438-3690

Gracias por confiar en nosotros con el cuidado de pie y tobillo.
 Nos enorgullecemos de ofrecer un acogedor y agradable
 ambiente de oficina donde cada paciente es respetado.
 Ofrecemos el más alto nivel de experiencia en podología, sin dejar de
 atender las necesidades individuales de cada paciente.
 Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar.

Informacion del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Femenino
 Masculino

Seguro social #: _____ Casado/Soltero: _____

Domicilio: _____
 Numero Calle Apt. #

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Telefono de Trabajo: _____ Correo Electronico: _____

Empleador: _____

Persona responsable (si el paciente es menor de edad): _____

Domicilio (si es diferente): _____

Persona en caso de emergencia: _____

Relación al paciente: _____ Telefono: _____

Quien lo refirio a esta oficina?
 Letrero/Ubicación Páginas Amarillas Seguro

Familiar/Amigo(a): _____ Otra: _____

Seguro Medico Por favor llene con la información del asegurado

Compañía: _____ ID #: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Grupo #: _____ Empleador: _____



Richard H. Graves, DPM
Mie Shirai, DPM
William Spak, DPM

304 Cherry Avenue, Long Beach, CA 90802
5406 E. Village Road, Long Beach, CA 90808
562-433-0478 Fax 562-438-3690

*Gracias por confiar en nosotros con el cuidado de pie y tobillo.
Nos enorgullece de ofrecer un acogedor y agradable
ambiente de oficina donde cada paciente es respetado.
Ofrecemos el más alto nivel de experiencia en podología, sin dejar de
atender las necesidades individuales de cada paciente.
Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar.*

HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Edad: _____

Por favor describa el problema de sus pies/tobillo? _____

Cuando tiempo tiene con el problema? _____

Se lastimo los pies? _____

Qué clase de tratamiento a recibido? _____

A visto a un doctor de los pies antes? _____

De ser si, para cual problema? _____

Ocupación: _____

Tipo de zapato que usa en el trabajo: _____ Medida de zapato: _____

Doctor familiar: _____ Telefono: _____

Domicilio del doctor: _____

Condiciones Medicas: _____

Que medicinas toma: _____

Ha tenido cirugías: _____

Alergias: _____

Fuma? () Si Cuanto? _____ () No

Toma alcohol? () Si Cuanto? _____ () No

Yo autorizo a Dr. Richard Graves y (o) Dr. Mie Shirai y (o) Dr. William Spak para examinar y proveer tratamiento a mi problema(s) de pies/tobillo.

Por la presente autorizo al Dr. Richard Graves y (o) al Dr. Mie Shirai y (o) Dr. William Spak a evaluar y proporcionar tratamiento para mi(s) problema(s) de pie/tobillo.

Firma del paciente/persona responsable _____

Fecha _____



Richard H. Graves, DPM
 Mie Shirai, DPM
 William Spak, DPM

304 Cherry Avenue, Long Beach, CA 90802
 5406 E. Village Road, Long Beach, CA 90808
 562-433-0478 Fax 562-438-3690

*Gracias por confiar en nosotros con el cuidado de pie y tobillo.
 Nos enorgullecemos de ofrecer un acogedor y agradable
 ambiente de oficina donde cada paciente es respetado.
 Ofrecemos el más alto nivel de experiencia en podología, sin dejar de
 atender las necesidades individuales de cada paciente.
 Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar.*

Cuestionario Medico

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor marque (x) en cualquier síntoma medico que haya experimentado recientemente o "NINGUNO" al final de cada categoría.

General:

- Fiebre
- Frio
- Fatiga
- Pérdida de peso
- NINGUNO

Piel:

- Sarpullido
- Comezón
- Cicatriz
- Moretón
- NINGUNO

Neurológico:

- Mareo
- Adormecimiento
- Debilidad
- Desmayo
- NINGUNO

Cabeza:

- Dolor de cabeza
- Problemas visuales
- Sordera
- Hemorragia nasal
- Dolor de garganta
- Problemas dentales
- Tos
- NINGUNO

Cardiovascular:

- Embolia
- Infarto
- Dolor de pecho
- Presión alta
- NINGUNO

Pulmones:

- Falta de aliento
- Silbido
- Bronquitis
- Neumonía
- NINGUNO

Abdominal:

- Dolor abdominal
- Ardor de estomago
- Estreñimiento
- Diarrea
- NINGUNO

Genitourinario:

- Frecuencia al orinar
- Ardor al orinar
- Problema de riñones
- Enfermedad de transmisión sexual
- NINGUNO

Psiquiátrico:

- Depresión
- Ansiedad
- Abuso de Drogas
- NINGUNO

Muscular/Articulación:

- Artritis
- Dolor de espalda
- Dolor muscular
- Debilidad
- Huesos fracturados
- Lesión en la cabeza
- Osteoporosis
- Dolor de articulaciones
- NINGUNO

Por favor escriba cualquier otra preocupación o problema que haya experimentado y/o le gustaría comentar con el doctor:

Sol Foot & Ankle Centers

Richard H. Graves, DPM ~ Mie Shirai, DPM ~William Spak, DPM

Políticas de Oficina

Teléfonos Celulares

Como una cortesía a los demás, por favor, silenciar su teléfono celular al entraren la oficina y salir de la sala de espera antes de hacer o recibir llamadas telefónicas. Una vez en la sala de tratamiento, por favor de terminar inmediatamente todas las llamadas cuando los doctores y sus asistentes entran en la habitación. Si permanece en el teléfono el doctor puede continuar con el siguiente paciente y esto causaría que su espera se incremente.

Financiero

Tenga en cuenta que, a menos que se hayan hecho otros arreglos, el pago es debido en el momento de realizar los servicios. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Para obtener más detalles por favor revise nuestras políticas financieras.

Autorizaciones

Si el seguro del paciente requiere una autorización o recomendación por escrito antes del tratamiento por un especialista, es su responsabilidad obtener la autorización inicial. Vamos a presentar a los seguros de todas las solicitudes necesarias para la atención de seguimiento. El paciente acepta la responsabilidad financiera por cualquier tratamiento que se representa sin autorización previa.

Citas Perdidas

Si bien entendemos que surgen situaciones de emergencia, le pedimos que se vuelva a programar o cancelar citas con al menos 24 horas de antelación. Esto hará su tiempo de la cita a disposición de otro paciente. No es nuestra política para imponer una "cuota de cita perdida". Sin embargo, los pacientes que faltan a las citas se le puede pedir a remitir un depósito para contenerlos futuros horarios de citas y también corren el riesgo de ser descargado de nuestra atención.

Por favor, no dude en preguntar si tiene alguna pregunta acerca de este aviso. Al firmar abajo usted reconoce que ha leído y entendido nuestra política de oficina como se ha dicho.

X _____
Firma del paciente o responsable

Fecha: _____

Sol Foot & Ankle Centers

Richard H. Graves, DPM ~ Mie Shirai, DPM ~William Spak, DPM

Políticas financieras

1. Sol Foot & Ankle Centers presentará los reclamos a su compañía de seguros por concepto de todos los servicios médicos prestados. Intentaremos verificar la elegibilidad y los beneficios con su compañía de seguros. Sin embargo, esta verificación no es garantía de pago. **El paciente acepta la responsabilidad por cualquier gasto no cubierto por la compañía de seguros y/o que no sea pagado dentro del curso de sesenta (60) días después de facturación.**

_____ Iniciales

2. **Todos los dineros que deba el paciente, incluyendo deducibles, copagos, coseguros y pagos por servicios no cubiertos o suministros deben ser pagados en el momento del servicio.**

_____ Iniciales

3. Para tratar adecuadamente a nuestros pacientes, con frecuencia es necesario que el médico realice procedimientos y/o pruebas de diagnóstico dentro del consultorio. Estos pueden incluir pero no se limitan a: rayos X, inyecciones, procedimientos de vendaje, tratamiento de lesiones de piel y procedimientos relacionados con las uñas y otras cirugías menores. Estos servicios son facturados como un cargo adicional a su visita al consultorio y puede aplicar un copago, coseguro o deducible adicional. Aunque estos servicios se prestan en el consultorio, con frecuencia son etiquetados como "cirugía" en la información que usted puede recibir de su compañía de seguros. **Si usted tiene alguna pregunta relacionada con la necesidad de estos servicios y su responsabilidad financiera futura, pregúntele al personal antes de que los servicios sean prestados.**

_____ Iniciales

4. Tenga en cuenta que Sol Foot & Ankle Centers facturará solo por los servicios prestados en nuestro consultorio y/o por nuestros médicos. Cualquier otro servicio para su cuidado, incluyendo los de laboratorio, radiología, patología, servicios de hospital o cirugía, serán facturados por la instalación que preste esos servicios. Además, aunque nosotros tratamos de referirlo a instalaciones que contraten con su seguro en particular, esto no siempre se puede garantizar.

_____ Iniciales

5. Sol Foot & Ankle Centers acepta las siguientes formas de pago: efectivo, giro postal, las principales tarjetas de crédito (VISA, Mastercard, American Express y Discover), CareCredit y cheques personales. Hay un cargo de \$25 por cualquier cheque devuelto.

_____ Iniciales

6. Si después de facturar a su compañía de seguros usted tiene un saldo por pagar a nuestra oficina, recibirá una factura por correo. Debe realizar el pago de inmediato al recibir su estado de cuenta. **Todas las cuentas no pagadas completamente en los treinta (30) días a partir de la factura inicial se cobrará una tarifa de re-facturación de \$20.00. Si el pago completo u otro acuerdo no se realiza en el siguiente ciclo de facturación, la cuenta se remitirá a una agencia de cobro.** Es su responsabilidad dar a nuestra oficina su dirección actual para asegurarnos que usted recibirá su estado de cuenta.

_____ Iniciales

Al firmar abajo reconozco que he leído y que entiendo las políticas financieras de Sol Foot & Ankle Centers y que tengo derecho a recibir una copia de estas políticas.

Nombre del paciente

Firma de la persona responsable

Fecha

Sōl Foot & Ankle Centers

Formulario de Consentimiento Informado de HIPPA Autorización para el uso o divulgación de la información médica protegida

- Autorizo** a Sōl Foot & Ankle Centers, el Dr. Richard Graves, la Dra. Mie Shirai, el Dr. William Spak para liberar verbalmente a cualquiera o toda la información relativa a mi atención médica a las siguientes personas.
- No autorizo** a Sōl Foot & Ankle Centers, el Dr. Richard Graves, la Dra. Mie Shirai, el Dr. William Spak para liberar cualquier o toda la información con respecto a mi atención médica a cualquier individuo.

La información médica puede ser usada para que la persona(s) autorizo a conocer y entender mi condición y las opciones de tratamiento o de tratamiento, para el tratamiento o la consulta, las reclamaciones, los pagos o razones relacionadas.

Esta autorización será efectiva hasta que: (Marque uno)

- Todo el pasado, presente, y futuros periodos o
- Especifique la fecha o especifique el evento _____
- Otro _____

Lista de personas autorizadas

_____ Nombre	_____ Relación al paciente
_____ Nombre	_____ Relación al paciente
_____ Nombre	_____ Relación al paciente

Nombre del paciente	Fecha
---------------------	-------

Firma del paciente o representante autorizado	Relación al paciente	Fecha
---	----------------------	-------



Richard H. Graves, DPM
Mie Shirai, DPM
William Spak, DPM

304 Cherry Avenue, Long Beach, CA 90802
5406 E. Village Road, Long Beach, CA 90808
562-433-0478 Fax 562-438-3690

*Gracias por confiar en nosotros con el cuidado de pie y tobillo.
Nos enorgullece de ofrecer un acogedor y agradable
ambiente de oficina donde cada paciente es respetado.
Ofrecemos el más alto nivel de experiencia en podología, sin dejar de
atender las necesidades individuales de cada paciente.
Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar.*

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me dio una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si así lo deseo) y entiendo el aviso

Nombre del Paciente (en letra de imprenta, por favor)

Fecha

Padre o representante autorizado (si es aplicable)

Firma de Paciente

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MEDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

El Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que toda la información médica y otra médica personal utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral, se mantienen adecuadamente confidencial. Esta ley le da, el paciente, nuevos derechos importantes para comprender y controlar como se utiliza su información de salud. El Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad establece penalidades por las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información de salud personal.

Como lo requiere la Ley de seguro médico de Portabilidad y la rendición de cuentas, hemos proporcionado esta explicación de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y revelar su información de salud.

Podemos utilizar y revelar su expediente médico solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- Tratamiento significa ofrecer, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por sobre o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto podría incluir un examen físico.
- Medios de pago actividades tales como la obtención de reembolso de los servicios, lo que confirma las actividades de facturación de cobertura o de recolección y revisión de la utilización. Un ejemplo de esto sería el envío de un proyecto de ley para su visita su compañía de seguros para el pago.
- Operaciones de atención médica incluyen los aspectos del negocio de funcionamiento de nuestra practica, tales como la realización de la evaluación de calidad y actividades de mejora, las funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo de esto sería la revisión de la evaluación interna de la calidad.

Además podemos crear y distribuir información de salud de identificado-mediante la eliminación de todas las referencias a la información personal identificable.

Podemos comunicarnos con usted para recordarle o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios de que puedan ser de su interés de citas para usted.

Cualquier otro uso y divulgación se harán sólo con su autorización escrita. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a honrar y cumplir con esa petición por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acciones que dependen de su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información protegida de la salud, que puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida, incluidos los relacionadas con la divulgación a miembros de la familia, otros familiares, amigos cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Estamos, sin embargo, no requiere que aceptemos una solicitud con una restricción solicitada. Si estamos de acuerdo con una restricción, hay que cumplir con él a menos que usted está de acuerdo en que escriba para quitarla.
- El derecho de petición razonable a recibir comunicaciones confidenciales de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a modificar su información médica protegida.
- El derecho a recibir una contabilidad de revelación de información médica protegida.
- El derecho a obtener una copia en papel de este aviso de nosotros a petición.