

¡BIENVENIDO!

RICHARD H. GRAVES, DPM
MIE SHIRAI, DPM

304 CHERRY AVENUE, LONG BEACH, CA 90802
PHONE: (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 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.*

Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Femenino
 Masculino

Seguro social #: _____ Casado/Soltero: _____

Domicilio: _____
Numero Calle Apt. #

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Telefono de Trabajo: _____ Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Domicilio de trabajo: _____

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

Domicilio (si es diferente): _____

Persona en caso de emergencia: _____

Relacion al paciente: _____ Telefono: _____

Quien lo refirio a esta oficina?

Letrero/Ubicacion

Paginas Amarillas

Seguro

Familiar/Amigo(a): _____ Otra: _____

SEGURO MEDICO

POR FAVOR LLENE CON LA INFORMACION DEL ASEGURADO

Compania: _____ ID #: _____

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Grupo #: _____ Empleador: _____

¡BIENVENIDO!

RICHARD H. GRAVES, DPM
MIE SHIRAI, DPM

304 CHERRY AVENUE, LONG BEACH, CA 90802
PHONE: (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 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 MEDICA

Nombre: _____ Edad: _____

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

Cuando tiempo tiene con el problema? _____

Se lastimo los pies? _____

Que clase de tratamiento a recibido? _____

A visto a un doctor de los pies antes? _____

De ser si, para cual problema? _____

Ocupacion: _____

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

Doctor familiar: _____ Telefono: _____

Domicilio del doctor: _____

Condiciones Medicas: _____

Que medicinas toma: _____

Ha tenido cirugias: _____

Alergias: _____

Fuma? () Si, Cuanto? _____ () No

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

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

I hereby authorize Dr. Richard Graves and/or Dr. Mie Shirai to evaluate and provide treatment for my foot/ankle problem(s).

Firma del paciente/persona responsable _____

Fecha _____

¡BIENVENIDO!

RICHARD H. GRAVES, DPM
MIE SHIRAI, DPM

304 CHERRY AVENUE, LONG BEACH, CA 90802
PHONE: (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 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 sintoma medico que haya experimentado recientemente o "NINGUNO" al final de cada categoria.

General:

Fiebre
 Frio
 Fatiga
 Perdida de peso
 NINGUNO

Piel:

Sarpullido
 Comezon
 Cicatriz
 Moreton
 NINGUNO

Neurologico:

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
 Presion alta
 NINGUNO

Pulmones:

Falta de aliento
 Silbido
 Bronquitis
 Neumonía
 NINGUNO

Abdominal:

Dolor abdominal
 Ardor de estomago
 Estrenimiento
 Diarrea
 NINGUNO

Genitourinario:

Frecuencia al orinar
 Ardor al orinar
 Problema de rinones
 Enfermedad de transmision sexual
 NINGUNO

Psiquiatrico:

Depresion
 Ansiedad
 Abuso de Drogas
 NINGUNO

Muscular/Articulacion:

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

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

Sol Foot & Ankle Centers

Richard H. Graves, DPM ~ Mie Shirai, DPM

Políticas de la Oficina

Teléfonos Celulares

Como una cortesía a los demás, por favor, silenciar su teléfono celular al entrar en 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 financier 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 que 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 contener los 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 _____

Parte del paciente o responsable

Fecha: _____

Sol Foot & Ankle Centers

Richard H. Graves, DPM ~ Mie Shirai, DPM

Políticas financieras

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.**

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.

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.**

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.

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

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 tendrán un cargo de intereses del doce por ciento (12%) anual o uno por ciento (1%) mensual.** Es su responsabilidad dar a nuestra oficina su dirección actual para asegurarnos que usted recibirá su estado de cuenta.

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

Richard H. Graves, D.P.M. Mie Shirai, D.P.M.
304 Cherry Ave., Long Beach, CA 90802
562-433-0478 562-438-3690 Fax

**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 PRATICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise con cuidado.

El Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 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 cómo 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 sólo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Tratamiento significa ofrecer, coordinar o administrar la atención médica y servicios relacionados por sobre o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto podría incluir un examen físico.

Medios de pago de 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 utilización. Un ejemplo de esto sería el envío de un proyecto de ley para su visita a su compañía de seguros para el pago.

Operaciones de atención médica incluyen los aspectos del negocio de funcionamiento de nuestra práctica, 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 la información de salud de identificado-mediante la eliminación de todas las referencias a la información personal identificable.

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

Cualquier otro uso o 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 se puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

El dèrecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida, incluidos los relacionados 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 escribe para quitarla.

El derecho de petición razonable a recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos

El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida

El derecho de modificar su información de salud 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