

# Pedram Kahen, DPM

Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery

## Forma De Información De Paciente

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

### **¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE?**

Tel. De Casa: (____)____-_____	Si / No
Tel. De Trabajo: (____)____-_____	Si / No
Te. De Celular: (____)____-_____	Si / No
Correo Electronico: _____	Si / No

**¿CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO, CORREO ELECTRÓNICO Y VOZ:!** Si / No

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # de Tel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Doctor De Cuidado Primario: \_\_\_\_\_ # De Tel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

### Información del Seguro

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

Inicial del paciente: \_\_\_\_\_

# Pedram Kahen, DPM

Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery

Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluya recetas, medicamentos de venta libre y suplementos herbarios):

**Nombre**

**Dosis**

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor liste todas las cirugías previas:

**Tipo de cirugía**

**Fecha**

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor liste todas las hospitalizaciones previas (excepto la cirugía):

**Motivo de la hospitalización**

**Fecha**

---

---

---

---

---

---

---

---

**HISTORIA SOCIAL**

**Estado civil:**  Soltero/a  Casado/a  Socio/a  Apartado/a  Divorciado/a  Viudo/a

**Uso de alcohol:**  Nunca  No uso más  Abuso alcohol en el pasado  
 Uso actual - tipo \_\_\_\_\_  Raro  Ocasional  Moderado  Diario

**Uso del tabaco:**  Nunca  Quit – Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_ paquetes / día durante \_\_\_\_ años

**Uso de drogas recreativas:**  Nunca  Quit - Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_  Tipo \_\_\_\_\_  
 Actualmente uso - tipo \_\_\_\_\_  Raro  Ocasional  Moderado  Diario

**HISTORIA FAMILIAR**

**¿Tiene una historia familiar de:**  Diabetes  Cáncer  Enfermedad del corazón  Alta presión  
 Derrame Cerebral  Enfermedad de la arteria coronaria  Enfermedad de la tiroides  
 Artritis reumatoide  Otros \_\_\_\_\_

**TU HISTORIA MEDICA**

**Alergias:**  Medicamentos \_\_\_\_\_  Anestesia \_\_\_\_\_  
 Alimentos \_\_\_\_\_  Cinta adhesiva  Látex  Mariscos  
 Otros \_\_\_\_\_  Ninguno conocido

# Pedram Kahen, DPM

Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery

## ¿Alguna vez has tenido algo de lo siguiente?

Reflujo ácido	Si	No	Fibromialgia	Si	No	Neuropatía	Si	No
Anemia	Si	No	Gota	Si	No	Heridas abiertas	Si	No
Artritis	Si	No	Ataque del corazón	Si	No	Neumonía	Si	No
Asma	Si	No	Enfermedades cardíacas / FALLO	Si	No	Polio	Si	No
Problemas con la espalda	Si	No	Hepatitis	Si	No	Fiebre reumática	Si	No
Infecciones de la vejiga	Si	No	VIH + / SIDA	Si	No	Enfermedad de células falciformes	Si	No
Sangrado anormal	Si	No	Presión arterial alta	Si	No	Trastorno de la piel	Si	No
Coágulos de sangre	Si	No	Enfermedad del riñón	Si	No	Apnea del sueño	Si	No
Transfusión de sangre	Si	No	Enfermedad del hígado	Si	No	Úlceras estomacales	Si	No
Bronquitis / emfisema	Si	No	Presión Baja	Si	No	Derrame Cerebral	Si	No
Cancer	Si	No	Dolores de cabeza de migraña	Si	No	Enfermedad de la tiroides	Si	No
Diabetes	Si	No	Prolapso de válvula mitral	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Otras condiciones:								

## **PROBLEMA ACTUAL**

¿Qué problema específico te trae a nuestra oficina hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

A lo mejor de mi conocimiento, he respondido las preguntas en este formulario con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad de informar al doctor y al personal de la oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

\_\_\_\_\_  
IMPRIMA EL NOMBRE DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PODIATRIC PHYSICIAN

\_\_\_\_\_  
SI ES OTRO QUE EL PACIENTE, RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

# Pedram Kahen, DPM

Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery

## Aviso de prácticas de privacidad Reconocimiento del paciente

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento : \_\_\_\_\_

He recibido este aviso de prácticas de privacidad escrito en lenguaje sencillo. El aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede realizar esta práctica, mis derechos individuales y las obligaciones legales de las prácticas con respecto a mi información de salud protegida.

El aviso incluye:

- Una declaración de que esta práctica es requerida por ley para mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- Una declaración de que esta práctica está obligada por ley a cumplir con los términos de la notificación actualmente vigente.
- Tipos de usos y divulgaciones que esta práctica puede realizar para cada uno de los siguientes propósitos: Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Description of uses and disclosures that will be made only with a written authorization and that I may revoke such authorization.
- Mis derechos individuales con respecto a la información de salud protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación con:
  - The right complaint this practice, medical Board of California and to the secretary of human health services if I believe my privacy rights have been violated, and no retaliatory actions will be used against me in the event of such complaints
  - El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y en esta práctica no está obligado a aceptar una restricción solicitada.
  - El derecho a recibir comunicación confidencial de información de salud protegida.
  - El derecho a inspeccionar y copiar información de salud protegida.
  - The right to amend protected health information.
  - El derecho a recibir un informe de divulgaciones de información de salud protegida.
  - El derecho a obtener una copia impresa del aviso de prácticas de privacidad de esta práctica previa solicitud.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar en términos de su aviso de prácticas de privacidad y disposiciones vigentes para toda la información de salud protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener estas prácticas / aviso actual de prácticas de privacidad a pedido.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si está firmado por el representante del paciente): \_\_\_\_\_

# Pedram Kahen, DPM

Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery

## Política Financiera

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Naci. \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a **Pedram Kahen, DPM / Legacy Foot and Ankle Center** como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera que le pedimos que lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento.

1. El pago vence en el momento en que se prestan los servicios, incluidos copagos, deducibles y saldos anteriores. Facturamos planes de seguro como cortesía, pero no es una garantía de pago. Aceptamos efectivo, cheques, visa, MasterCard, American Express y Discover.
2. Es su responsabilidad verificar con el plan / asegurador antes de cada cita si somos un proveedor participante. Verifique si algún servicio como visitas al consultorio, aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos, inyecciones, radiografías, cirugías y procedimientos requieren autorización previa. Algunos planes requieren autorización previa o referencias del médico de familia del paciente.
3. No se garantiza el pago de las autorizaciones escritas o verbales de los planes de seguro o grupos de gestión. Las compañías de seguros revisan todos los reclamos después de que se prestan los servicios y se pueden denegar las autorizaciones en el momento de la revisión. Los reclamos denegados se convierten en la responsabilidad del paciente.
4. Las declaraciones se envían por correo después de que la compañía de seguros haya pagado su parte. El recuento se paga dentro de los 30 días. Las cuentas vencidas están sujetas a una tarifa de \$ 15. Las cuentas vencidas 90 días están sujetas a cobro por parte de una agencia externa, a menos que se realicen acuerdos financieros con nuestra oficina.
5. Todos los suministros y productos que se entregan y que no son seguros facturables deben pagarse en el momento en que se entregan.
6. Estacionamiento: es GRATUITO detrás de nuestro edificio en nuestro estacionamiento. El estacionamiento en la calle con parquímetros también está disponible, pero es responsabilidad del paciente pagar el medidor y realizar un seguimiento del tiempo del medidor. Evite también el estacionamiento en la calle durante el horario de limpieza de la calle. Cualquier multa de estacionamiento es responsabilidad del paciente pagar.
7. Hay un cargo de \$ 25 por todos y cada uno de los formularios completados por nuestra oficina. Por favor espere 15 días para completar los formularios.
8. Si por algún motivo tiene más de 15 minutos de retraso, es posible que tengamos que reprogramar la cita.

He leído el acuerdo anterior y acepto los términos y condiciones establecidos por **Pedram Kahen, DPM / Legacy Foot and Ankle Center**.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_