

Pedram Kahen, DPM Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery

Pegah Panirian, DPM Diplomate, American Board of Podiatric Medicine

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

¿Alguna vez has tenido alguno de estos diagnósticos? (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

Reflujo ácido		Fibromialgia		Neuropatía	
Anemia		Gota		Heridas abiertas	
Artritis		Ataque del corazón		Neumonía	
Asma		Enfermedades cardíacas / FALLO		Polio	
Problemas con la espalda		Hepatitis		Fiebre reumática	
Infecciones de la vejiga		VIH + / SIDA		Enfermedad de células falciformes	
Sangrado anormal		Presión arterial alta		Trastorno de la piel	
Coágulos de sangre		Enfermedad del riñón		Apnea del sueño	
Transfusión de sangre		Enfermedad del hígado		Úlceras estomacales	
Bronquitis / emfisema		Presión Baja		Derrame Cerebral	
Cancer		Dolores de cabeza de migraña		Enfermedad de la tiroides	
Diabetes		Prolapso de válvula mitral		Tuberculosis	
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

714 N. Avalon Blvd. Wilmington, CA 90744
426 W. Manchester Blvd. Inglewood, CA 90301
(888) 535-3668 Fax: (888) 269-5439

Iniciales del Paciente: _____

Pedram Kahen, DPM Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery

Pegah Panirian, DPM Diplomate, American Board of Podiatric Medicine

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): _____

714 N. Avalon Blvd. Wilmington, CA 90744
426 W. Manchester Blvd. Inglewood, CA 90301
(888) 535-3668 Fax: (888) 269-5439

Iniciales del Paciente: _____

Pedram Kahen, DPM Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery

Pegah Panirian, DPM Diplomate, American Board of Podiatric Medicine

Política Financiera

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Naci. _____

Gracias por elegir a **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.
9. Si corresponde, los pacientes que no asistan a una cita programada sin previo aviso podrán estar sujetos a un cargo de \$75 por inasistencia. Este cargo no está cubierto por el seguro y es responsabilidad del paciente. El pago de este cargo deberá realizarse antes de programar futuras citas, si corresponde.
10. Las repetidas faltas a citas pueden resultar en el despido del consultorio, de acuerdo con la política de la oficina y las leyes aplicables.

He leído el acuerdo anterior y acepto los términos y condiciones establecidos por **Legacy Foot and Ankle Center**.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

714 N. Avalon Blvd. Wilmington, CA 90744
426 W. Manchester Blvd. Inglewood, CA 90301
(888) 535-3668 Fax: (888) 269-5439

Iniciales del Paciente: _____