

Legacy Foot and Ankle Center

- ☐ **Pedram Kahen, DPM** Diplomate, American Board of Foot and Ankle Surgery
☐ **Pegah Panirian, DPM** Diplomate, American Board of Podiatric Medicine
☐ **Diane Vanek, DPM** Diplomate, American Board of Podiatric Medicine

Forma De Información De Paciente

Fecha: ____/____/____ **Nombre:** _____, _____ **Fecha De Nacimiento:** ____/____/____
APELLIDO NOMBRE S.N. **Edad:** ____ **Sexo:** M F
Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código:** _____
Tel. De Celular: _____ **Tel. De Casa:** _____
Tel. De Trabajo: _____ **Correo Electrónico:** _____
¿CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO, CORREO ELECTRÓNICO Y VOZ:! Si / No

Contacto De Emergencia: _____ **Relación:** _____ **# de Tel:** _____
Doctor De Cuidado Primario: _____ **# De Tel:** _____
Farmacia Preferida: _____ **# De Tel:** _____ **Dirección:** _____

Información del Seguro

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____
NOMBRE ASEGURADO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____
EMPLEADOR: _____ **OCUPACIÓN:** _____
(*Solo para Compensación de Trabajadores*) **SEGURO SOCIAL:** _____

LISTA DE MEDICAMENTOS:

Todas sus cirugías anteriores:

Todas las hospitalizaciones anteriores (excepto las relacionadas con cirugías):

HISTORIA SOCIAL

Uso de alcohol: ☐ Nunca ☐ No uso más ☐ Abuso alcohol en el pasado
☐ Uso actual - tipo _____ ☐ Raro ☐ Ocasional ☐ Moderado ☐ Diario
Uso del tabaco: ☐ Nunca ☐ Dejar - 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

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

Iniciales del Paciente: _____

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	
Cáncer		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
(FIRMA DEL DOCTOR)

FIRMA

FECHA

SI ES OTRO QUE EL PACIENTE, RELACIÓN CON EL PACIENTE

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

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.
- Descripción de los usos y divulgaciones que se realizarán únicamente con una autorización por escrito y que yo podré revocar en cualquier momento.
- Mis derechos individuales con respecto a la información de salud protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación con:
 - El derecho a presentar una queja ante esta práctica médica, la Junta Médica de California (Medical Board of California) y la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services) si considero que mis derechos de privacidad han sido violados, y que no se tomarán medidas de represalia en mi contra por presentar dicha queja.
 - 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.
 - El derecho a solicitar la modificación de la información médica protegida.
 - 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

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: _____

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: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE UN ESCRIBA MÉDICO CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Legacy Foot and Ankle Center utiliza Commure Scribe, un escriba médico basado en inteligencia artificial (IA) que cumple con los requisitos de HIPAA, para ayudar a su proveedor de atención médica a documentar su visita médica. Durante su visita, el escriba médico con IA puede escuchar y procesar la conversación entre usted y su proveedor de atención médica con el fin de crear un borrador de la nota clínica basado en la información conversada durante la visita.

El escriba médico con IA se utiliza como una **herramienta de documentación** para ayudar a su proveedor de atención médica a preparar la nota clínica para su expediente médico. La IA no diagnostica ni toma decisiones de manera independiente sobre su condición médica o tratamiento. Su proveedor de atención médica lleva a cabo su visita, revisa y, cuando corresponde, edita la documentación generada por el escriba con IA y sigue siendo responsable de su expediente médico, diagnóstico y decisiones relacionadas con su tratamiento.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en el uso del escriba médico con IA es **completamente voluntaria**. Puede optar por participar o no participar sin necesidad de proporcionar una razón.

Elegir no participar en el uso del escriba médico con IA **no afectará la calidad o el nivel de atención que recibe, su plan de tratamiento o las recomendaciones médicas, ni su capacidad para recibir servicios de atención médica de Legacy Foot and Ankle Center.**

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento informando a su proveedor de atención médica o al personal de nuestra oficina.

CONSENTIMIENTO

Al seleccionar “**Sí**”, reconozco que he leído y comprendido la información anterior y que doy voluntariamente mi consentimiento para el uso del escriba médico con IA durante mi visita médica.

Al seleccionar “**No**”, entiendo que estoy rechazando el uso del escriba médico con IA y que hacerlo no afectará la calidad de mi atención ni mi plan de tratamiento.

☐ **SÍ, DOY MI CONSENTIMIENTO** para el uso del escriba médico con IA durante mi visita médica.

☐ **NO, NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para el uso del escriba médico con IA durante mi visita médica.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante legal: _____ **Fecha:** _____

Si firma un representante, relación con el paciente: _____

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

AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFÍA, VIDEO Y USO CON FINES DE MARKETING

Legacy Foot and Ankle Center puede tomar fotografías o grabar videos de los pacientes con el propósito de promocionar y comercializar nuestra práctica y nuestros servicios. La participación es completamente voluntaria y no es un requisito para recibir atención médica de Legacy Foot and Ankle Center.

1. PROPÓSITO Y USO

Al firmar esta autorización, autorizo voluntariamente a Legacy Foot and Ankle Center a tomarme fotografías y/o grabar videos de mí, y a utilizar mi fotografía, imagen en video, apariencia y/o voz con el propósito de promocionar y comercializar la práctica y sus servicios de atención médica.

Los usos autorizados pueden incluir, entre otros:

- El sitio web de Legacy Foot and Ankle Center;
- Las cuentas de redes sociales administradas por Legacy Foot and Ankle Center;
- Folletos, volantes, boletines informativos y otros materiales impresos;
- Anuncios digitales y materiales promocionales;
- Presentaciones educativas o promocionales; y
- Otros materiales de marketing o promocionales producidos o distribuidos por Legacy Foot and Ankle Center.

Si mi fotografía, video o grabación incluye información relacionada con mi condición médica, tratamiento, diagnóstico o servicios de atención médica, entiendo que dicha información también puede utilizarse en relación con los fines de marketing autorizados descritos anteriormente.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Mi participación en la toma de fotografías o grabaciones de video con fines de marketing es completamente voluntaria.

Puedo negarme a ser fotografiado(a) o grabado(a) sin necesidad de proporcionar una razón.

Elegir no participar no afectará la calidad o el nivel de atención que recibo, mi plan de tratamiento o las recomendaciones médicas, ni mi capacidad para recibir servicios de atención médica de Legacy Foot and Ankle Center.

3. SIN COMPENSACIÓN

Entiendo que no recibiré compensación por el uso autorizado de mi fotografía, video, imagen, apariencia o voz, a menos que se acuerde lo contrario por escrito.

4. USO PÚBLICO

Entiendo que los materiales utilizados con fines de marketing pueden estar disponibles públicamente, incluyendo en sitios web, plataformas de redes sociales y otros medios de acceso público. Una vez que los materiales hayan sido publicados o distribuidos, otras personas podrán verlos, copiarlos, compartirlos o redistribuirlos, y Legacy Foot and Ankle Center puede no tener la capacidad de controlar o recuperar las copias que ya hayan sido distribuidas.

5. DERECHO A REVOCAR

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento comunicándome con:

Legacy Foot and Ankle Center - Teléfono: (888) 535-3668 - Correo electrónico: legacyfootankle@gmail.com

Entiendo que la revocación no afectará ninguna acción que ya se haya realizado basándose en esta autorización antes de que se reciba mi revocación por escrito.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

He leído y comprendo esta autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con el uso de mi fotografía, video, imagen, apariencia y/o voz. Autorizo voluntariamente los usos descritos anteriormente.

☐ **SÍ, AUTORIZO la toma de fotografías y/o grabaciones de video y el uso descrito anteriormente.**

☐ **NO, NO AUTORIZO la toma de fotografías y/o grabaciones de video con fines de marketing.**

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante legal: _____ **Fecha:** _____

Si firma un representante, relación con el 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: _____