

SEGALL FOOT & ANKLE, INC.  
MELI ORTHOPEDIC CENTERS OF EXCELLENCE

ARTHUR SEGALL, JR., DPM, FACFAS

Plantation: 201 NW 82<sup>nd</sup> Ave, Suite 102, Plantation, Florida 33324 Phone: (954) 384-2555 Fax: (954) 900-5646  
Ft. Lauderdale: 4800 NE 20<sup>th</sup> Terr, Suite 303, Ft. Lauderdale, Florida 33308 Phone (954) 771-8177 Fax: (954) 771-3629  
Margate: 2825 N State Road 7, Suite 204, Margate, Florida, 33063 Phone: (954) 580-4080 Fax: (954) 580-4081  
Web: footandanklefocus.com Email: [advfoot@bellsouth.net](mailto:advfoot@bellsouth.net)

**POR FAVOR DE IMPRIMENTAR Y  
DE CONTESTAR TODA LAS SIGUIENTE PREGUNTAS**

Fecha: \_\_\_\_\_ (Para uso de oficina solamente) Chart #: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Sexo: M [ ] F [ ]

Raza: Caucasion African American Hispanic American Indian Hawaiian Pacific Asian Ethnicity

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Que Idiomas Hablas: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Emergencia Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Información de Seguro: Compañía: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

(Si es diferente del Paciente) Nombre de Persona Responsable \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ultimo 4 # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Relación del Paciente: \_\_\_\_\_

¿Quién te ha Referido a Nuestra Oficina? : \_\_\_\_\_

Nombre/Dirección, y Teléfono de su Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Por favor de mandar una copia de mi reporte a mi Doctor de Primario: SI [ ] NO [ ]

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Telefono de Fax: \_\_\_\_\_

Información Clínica: ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

Descripción de su Problema Medico por la cita de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha del Comienzo del Problema/Accidente: \_\_\_\_\_ Usted ha tenido Tratamiento Previo: SI [ ] NO [ ]

¿Si es Sí, Fecha? \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Hospital/Clínica: \_\_\_\_\_

¿Qué Tipo de Tratamiento? Terapia Física: \_\_\_\_\_ Medicina: \_\_\_\_\_ Yeso: \_\_\_\_\_ Inyecciones: \_\_\_\_\_

Tipo de Dolor: Adormecido: SI [ ] NO [ ] Dolor Cosquilloso: SI [ ] NO [ ] Dolor Agudo: SI [ ] NO [ ]

Exámenes Adicionales: MRI [ ] Bone Scan [ ] CT Scan [ ] EMG/NCS [ ] Otro: \_\_\_\_\_

¿Historia de Problema Similar? SI [ ] NO [ ] Si es Si, Por Favor de Nombre del Doctor y el Tipo de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Si fue un Accidente de Tránsito, Usted fue: Chofer \_\_\_\_\_ Pasajero \_\_\_\_\_ Cinturón de seguridad: SI [ ] NO [ ]

Bolsa de Aire: SI [ ] NO [ ]

El Carro fue Accidentado: Lado del Frente: \_\_\_\_\_ Lado de Atrás: \_\_\_\_\_ Lado del Chofer: \_\_\_\_\_ Lado del Pasajero: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

**ALERGIAS a medicamentos o Yodo:** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** que tomas diariamente o periódicamente y **DOSIS:** \_\_\_\_\_

**USTE TIENE O ATENIDO EN EL PASADO ALGUNO DE LOS SIGUENTE PROBLEMAS?** Si la respuesta es SI, Por Favor de una breve explicación con detalles. Ejemplo: Cáncer: Pecho/Piel, Problemas Pulmonares: Asthma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfisema

Artritis _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas Pulmonaria _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Desorden de sangre _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Condición Mental _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cáncer _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Desorden de la Próstata _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes, Año Diagnosticado _____ Niveles de Azúcar AM:    PM:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Desorden de la Piel _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Colesterol Alta _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	STD's _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problema del Corazón _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problema Estomago/Ulcera: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presión Alta _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problema de Tiroides _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemas Urinarios _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Desorden Vascular/Circulación _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problema en el Hígado _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Epilepsia _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otro problema _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**HISTORIAL FAMILIA: (Miembros de familia se refiere a su Madre, Padre, Hermano, Hermana, y sus Abuelos que sufran de alguna condición médica)** \_\_\_\_\_

**CIRUGIAS EN EL PASADO?** SI  NO  Si es SI, Por Favor Lista? \_\_\_\_\_

Usted ha sido HOSPITALIZADO POR CUALQUIER OTRO PROBLEMA? SI  NO

Si es Si, Por favor Lista su Condición: \_\_\_\_\_

Usted ha tenido la INYECCION De TETANO en los Ultimo 10 Años? SI  NO  Fecha? \_\_\_\_\_

Usted puede tomar ASPIRINA? SI  NO

Mano Primario? (Escribe con Cual Mano): DERECHA  IZQUIERDA

USTED PUEDE ESTAR EMBARAZADA? SI  NO

Usted FUMA? SI  NO  Cuantos? \_\_\_\_\_ Paquetes/Cigarrillos Por Día.

Usted toma bebidas ALCOHOLICAS? SI  NO  Si essi, Cuanto? \_\_\_\_\_

Usted tiene historial de DROGA O ABUSA DE SUSTANCIAS? SI  NO

Firma del Paciente o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SEGALL FOOT & ANKLE, INC.**  
**MELI ORTHOPEDIC CENTERS OF EXCELLENCE**  
**ARTHUR SEGALL, JR., DPM, FACFAS**

Plantation: 201 NW 82<sup>nd</sup> Ave, Suite 102, Plantation, Florida 33324 Phone: (954) 384-2555 Fax: (954) 900-5646  
Ft. Lauderdale: 4800 NE 20<sup>th</sup> Terr, Suite 303, Ft. Lauderdale, Florida 33308 Phone (954) 771-8177 Fax: (954) 771-3629  
Margate: 2825 N State Road 7, Suite 204, Margate, Florida, 33063 Phone: (954) 580-4080 Fax: (954) 580-4081

Web: [footandanklefocus.com](http://footandanklefocus.com)

Email: [advfoot@bellsouth.net](mailto:advfoot@bellsouth.net)

**CONSENTIMIENTO A CUIDADO MEDICO**

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que tengo una condición medica que requiere tratamiento medico. Yo autorizo al Dr. Arthur Segall, Jr., para determinar que tipo de procedimiento diagnostico (exámenes) deben de ser hechos para saber mas de mi condición medica. Esto puede incluir; rayos X, exámenes diagnósticos, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, gammagrafía de hueso, o otros exámenes de rutina. Yo comprendo que si mi doctor me conseja un examen o exámenes de alto riesgo, serán explicado a mi persona. Yo autorizo el personal del Dr. Arthur Segall, Jr., que me asistan o me hagan los exámenes o terapia en que el Dr. Arthur Segall, Jr., me ha ordenado.

Yo también autorizo el Dr. Arthur Segall, Jr., que determinen que tipo de tratamiento que debe darse y para realizar tales procedimientos según lo consideren necesario en su criterio/opinión profesional para preservar mi salud. Yo completamente comprendo que exámenes médicos o tratamientos pueden involucrar ciertos riesgos inevitables. Yo comprendo que la practica de medicina y cirugía no son ciencia exacta, y reconozco que no me hayan garantizado o asegurado sobre los resultados de los tratamientos o exámenes.

Yo certifico que he leído este documento y certifico que yo entiendo completamente el contenido.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Guardián (para persona que no puede firmar): \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS Y PAGO DIRECTO**

Yo doy autorizaciones directas que mi seguro o seguros pague por cheque o otra forma de pago a Segall Foot and Ankle, Inc por todos los cérvicos médicos o de cirugías rendido a mi o mis dependientes a pesar de mis beneficios de seguro, si alguna. Así el total de cargos por los servicios profesionales rendidos, Esta es una Asignación directa sobre mis derechos y Beneficios debajo de esta póliza. Una fotocopia será considerada efectiva y valida como la original. Yo comprendo que soy responsable por todos los cargos, sean o no pagados por la compañía de seguro, y yo soy responsable por pagar todo el balance de los servicios rendidos por el Dr. Arthur Segall, Jr., que no sean pagados por la compañía de seguro y/o un documento de seguridad firmado por abogado (Attorney Lien).

Yo certifico que he leído este documento y certifico que yo entiendo completamente el contenido.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Guardián (para persona que no puede firmar): \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**SEGALL FOOT & ANKLE, INC.**  
**MELI ORTHOPEDIC CENTERS OF EXCELLENCE**  
**ARTHUR SEGALL, JR., DPM, FACFAS**

Plantation: 201 NW 82<sup>nd</sup> Ave, Suite 102, Plantation, Florida 33324 Phone: (954) 384-2555 Fax: (954) 900-5646  
Ft. Lauderdale: 4800 NE 20<sup>th</sup> Terr, Suite 303, Ft. Lauderdale, Florida 33308 Phone (954) 771-8177 Fax: (954) 771-3629  
Margate: 2825 N State Road 7, Suite 204, Margate, Florida, 33063 Phone: (954) 580-4080 Fax: (954) 580-4081

Web: [footandanklefocus.com](http://footandanklefocus.com)

Email: [advfoot@bellsouth.net](mailto:advfoot@bellsouth.net)

**CONSENTIMIENTO PARA USO Y REVELAR INFORMACION MEDICA PRIVADA**

**Sección A:** Paciente dando Consentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_

**Sección B:** Para el Paciente – Por favor lee el siguiente contenido cuidadosamente.

**Propósito de consentimiento:** Habiendo firmado este documento usted esta dando consentimiento a nuestro uso y revelar información protegida de salud para poder dar tratamiento, actividad de pago, y operaciones de salud.

**Notificación de Privacidad de Practica:** Usted tiene el derecho de leer la Notificación de Privacidad antes de decidir si firma el consentimiento. Nuestra notificación probé una descripción de nuestro tratamiento, actividad de pago y operaciones de salud, de uso y revelaciones que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otras situaciones importante de su información protegida de salud. Una copia de esta notificación acompaña este consentimiento. Nosotros animamos que leas cuidadosamente y completamente este consentimiento antes de firmar. Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad de practica como ha sido describió en nuestra notificación de privacidad de practica. Si nosotros cambiamos nuestra privacidad de práctica, nosotros daremos una notificación de privacidad de práctica, que contiene los cambios. Estos cambios pueden aplicar a cualquiera de nuestra información protegida de salud que mantenemos. Usted puede obtener una copia de notificación de privacidad de práctica con las revisiones de notificación en cualquier momento, contactando al Dr. Arthur Segall, Jr., en la dirección de 201 NW 82<sup>nd</sup> Ave, Suite 201, Plantation, FL 33324 o por teléfono y una carta escrita con su información.

**Derecho para revocar:** Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dando autorización escrita de su revocación sometida a la persona listada arriba. Por favor comprenda que la revocación de este consentimiento no afectara cualquier acción tomada por nosotros en relación del consentimiento antes de haber recibido la revocación, también nosotros podemos negarle tratamiento a su persona o de continuar tratamiento si usted revoca este consentimiento. Yo he tenido la completa oportunidad de leer y considerar lo contenido de este documento de consentimiento y notificación de privacidad de practica. Yo comprendo que, al firmar este consentimiento, yo estoy dando mi consentimiento para uso y revelación de mi información de salud protegida para poder tener tratamiento, actividad de pago y operaciones de salud.

**PRUEBA DE RECIBIMIENTO DE NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE PRACTICA**

**\*\*\*Usted puede rechazar firmar esta prueba de recibimiento\*\*\***

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de la notificación de privacidad de practica de esta oficina.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**(Para uso de la Oficina solamente)**

Nosotros hemos tratado de obtener la firma de prueba de recibimiento de la notificación de privacidad de práctica, pero no hemos podido obtenerla por;

- \_\_\_\_\_ La persona rechazo firmar
- \_\_\_\_\_ Problema con comunicación que nos evito obtener la firma
- \_\_\_\_\_ Una situación de emergencia que nos evito de obtener la firma
- \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**SEGALL FOOT & ANKLE, INC.**  
**MELI ORTHOPEDIC CENTERS OF EXCELLENCE**  
**ARTHUR SEGALL, JR., DPM, FACFAS**

Plantation: 201 NW 82<sup>nd</sup> Ave, Suite 102, Plantation, Florida 33324 Phone: (954) 384-2555 Fax: (954) 900-5646  
Ft. Lauderdale: 4800 NE 20<sup>th</sup> Terr, Suite 303, Ft. Lauderdale, Florida 33308 Phone (954) 771-8177 Fax: (954) 771-3629  
Margate: 2825 N State Road 7, Suite 204, Margate, Florida, 33063 Phone: (954) 580-4080 Fax: (954) 580-4081

Web: [footandanklefocus.com](http://footandanklefocus.com)

Email: [advfoot@bellsouth.net](mailto:advfoot@bellsouth.net)

**FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

Al firmar este formulario, lo autorizo a divulgar información médica confidencial, copia de mis registros médicos, resumen o narrativa de mi información médica protegida, al médico que se detalla a continuación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La información que puede divulgar sujeta a este formulario de divulgación firmado es la siguiente:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registros completos    | <input type="checkbox"/> Historia y Física        | <input type="checkbox"/> Notas de progreso      |
| <input type="checkbox"/> Plan de cuidado        | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología  | <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento | <input type="checkbox"/> Reportes Operativos    |
| <input type="checkbox"/> Informes hospitalarios | <input type="checkbox"/> Registros de medicamento | <input type="checkbox"/> Otro/Otra              |

Desde: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Divulgar mi información de salud protegida al médico que figura a continuación:

**ARTHUR SEGALL, JR., DPM, FACFAS**  
**201 NW 82<sup>nd</sup> AVENUE, SUITE 102**  
**PLANTATION, FLORIDA 33324**  
**Phone: (954) 384-2555**  
**Fax: (954) 900 -5646**

Los registros solicitados son para ayudar con el tratamiento continuo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Relationship to patient (if signed by a personal representative of patient): \_\_\_\_\_