

SEGALL FOOT & ANKLE, INC.
SOUTH FLORIDA ORTHOPEDIC GROUP
ARTHUR SEGALL, JR., DPM, FACFAS

Plantation: 201 NW 82nd Ave, Suite 102, Plantation, Florida 33324
Ft. Lauderdale: 4800 NE 20th Terr, Suite 303, Ft. Lauderdale, Florida 33308
Margate: 2825 State Road 7, Suite 204, Margate, Florida, 33063 Phone:

Web: anklefocus.com Phone: (954) 384-2555 Fax: (954) 900-5646 Email: advfoot@bellsouth.net

**POR FAVOR IMPRIMA Y RESPONDA
TODAS 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

Identidad de género, si corresponde: [] Mujer transgénero [] Hombre transgénero [] Variante de género [] Otro

Correo Electrónico: _____ Que Idiomas Hablas: _____

Ocupación: _____ 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: _____ Teléfono de Fax: _____

Información Clínica: ESTATURA: _____ PESO: _____

Descripción de su Problema Medico por la cita de hoy:

[] Izquierda [] Derecha [] Dedos del pie [] Pie [] Talón [] Tobillo [] Pierna

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 diaria 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 _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Desorden de la Piel _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Niveles de Azúcar AM: PM:					
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 es si, Cuanto? _____

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

Firma del Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____

SEGALL FOOT & ANKLE, INC.
SOUTH FLORIDA ORTHOPEDIC GROUP
ARTHUR SEGALL, JR., DPM, FACFAS

Plantation: 201 NW 82nd Ave, Suite 102, Plantation, Florida 33324 Phone: (954) 384-2555 Fax: (954) 900-5646
Ft. Lauderdale: 4800 NE 20th 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

CONSENTIMIENTO A CUIDADO MEDICO

Entiendo que tengo una condición médica que requiere tratamiento médico. Autorizo a los médicos de Segall Foot & Ankle, Inc./South Florida Orthopedic Group a determinar qué tipo de tratamiento y/o procedimientos de diagnóstico (pruebas) se deben realizar para tratar/aprender más sobre mi afección. Estos pueden incluir, entre otros, radiografías, pruebas de diagnóstico, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, gammagrafías óseas y/u otras pruebas de rutina y/o fisioterapia. Entiendo que si mi médico aconseja una prueba más compleja o pruebas con riesgos especiales, me lo explicarán. Además, autorizo al personal de Segall Foot & Ankle, Inc./South Florida Orthopedic Group a realizar o ayudar a realizar las pruebas/terapias/tratamientos que los médicos puedan ordenar. Entiendo completamente que las pruebas médicas/la fisioterapia/los tratamientos pueden implicar ciertos riesgos inevitables.

También autorizo a los médicos de Segall Foot & Ankle, Inc./South Florida Orthopedic Group a determinar qué tipo de tratamiento se debe administrar y realizar los procedimientos que consideren necesarios según su criterio profesional para preservar mi salud.

Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad como resultado de los tratamientos y exámenes.

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y PAGO DIRECTO

Por la presente autorizo e instruyo a mí(s) aseguradora(s) y/o cualquier otro plan médico/de salud a emitir pagos directamente a Segall Foot & Ankle, Inc./South Florida Orthopedic Group por todos los servicios médicos y quirúrgicos prestados a mí y/o a mis dependientes independientemente de mis beneficios de seguro, si los hubiere. Entiendo que soy responsable de todos los cargos médicos/quirúrgicos, ya sea que mi compañía de seguros los pague o no, y seré responsable de pagar los saldos pendientes de los servicios prestados por Segall Foot and Ankle, Inc que no pague mi compañía de seguros. y/o gravamen de abogado. Si mi cuenta se remite a una agencia o abogado para el cobro, entiendo que seré responsable de todos los costos de cobro, honorarios de abogados, costos judiciales y cualquier saldo pendiente por el servicio prestado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINA

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios

1. Entiendo que se aplica el mismo estándar de atención a una visita de telemedicina que a una visita en persona.

2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. seré notificado y obtuve mi consentimiento para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en el habitación.

3. Entiendo que existen riesgos potenciales al usar la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, interceptación y dificultades técnicas.

a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y/o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita

4. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en un visita de telemedicina y que mi negativa se documentará en mi registro médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

a. Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicándome con South Florida Orthopedics al (954) 771-8177.

5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica aplicar a los servicios de telemedicina.

6. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas para programar y fines de facturación.

a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para revisión/auditoría de calidad.

b. Entiendo que seré responsable de cualquier gasto de mi bolsillo, como copagos o coaseguros, que se apliquen a mi visita de telemedicina.

c. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para las visitas en persona.

7. Entiendo que este documento formará parte de mi expediente médico.

CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

La ley de Florida (Sección 817.5655, Estatutos de Florida) prohíbe la venta o transferencia de muestras biológicas de una persona de las cuales se puede extraer ADN a un tercero sin el consentimiento expreso de dicha persona.

Durante el curso de su atención en Segall Foot & Ankle, Inc /South Florida Orthopedic Group, puede ser médicamente necesario obtener sangre, orina, heces, tejido u otro tipo de muestra biológica para su análisis. Este análisis no implicará el examen de su ADN para identificar la presencia y composición de genes en su cuerpo. Una vez que se haya realizado el análisis y la muestra ya no sea necesaria, se almacenará como desecho médico y luego se transferirá a un tercero para su eliminación de acuerdo con todos los requisitos locales, estatales y federales.

También puede darse el caso de que una muestra biológica (como sangre, orina, cabello, fluidos corporales, etc.) de usted se deposite en instrumentos médicos, ropa de cama, prendas de vestir u otros objetos. Estos objetos pueden luego transferirse a un tercero para su limpieza o eliminación.

Al firmar este documento, declara afirmativamente que es su decisión intencional dar su consentimiento para la transferencia de todos y cada uno de los especímenes biológicos recolectados o depositados en Segall Foot & Ankle, Inc /South Florida Orthopedic Group a un tercero, como se establece anteriormente. Este consentimiento no autoriza la venta o transferencia de un espécimen biológico para fines de análisis de ADN.

Firma Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

SEGALL FOOT & ANKLE, INC.
SOUTH FLORIDA ORTHOPEDIC GROUP
ARTHUR SEGALL, JR., DPM, FACFAS

Plantation: 201 NW 82nd Ave, Suite 102, Plantation, Florida 33324 Phone: (954) 384-2555 Fax: (954) 900-5646
Ft. Lauderdale: 4800 NE 20th 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

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 82nd 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): _____