

MUY IMPORTANTE:

PARA EVITAR SER CARGADO POR CANCELADO O PERDIDO EQUIPO

Con el fin de proporcionar a todos nuestros pacientes el mejor cuidado posible de una manera oportuna, es esencial que mantenga citas perdidas a un mínimo. Cuando las citas se cancelan o se pierden sin previo aviso, no podemos ofrecer ese tiempo a otros pacientes que están ansiosos por ser vistos. Desafortunadamente, la creciente frecuencia de citas canceladas o perdidas sin suficiente aviso ha requerido que implementemos la siguiente política:

POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS CANCELADAS / PERDIDAS

Hay una tarifa de \$25 por falta de cita si cancela o reprograma una cita con menos de 24 horas de anticipación, o si no llega a su cita. Esta tarifa no es facturable a su seguro y es responsabilidad del paciente.

Por favor, no confié en nuestro servicio automatizado de recordatorio de citas como su único recordatorio para mantener su cita programada ya que no podemos garantizar este servicio, o que el número de teléfono proporcionado sea preciso o funcional para este propósito. Por favor, no dude en llamar en cualquier momento para confirmar una cita o para comprobar en una fecha próxima. El número de teléfono de oficina es (209) 525-3150.

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____
He leído y entiendo los términos enumerados arriba en esta política.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Christian R. Tolboe, DPM, AACFAS, CWS
David E. Paxton, DPM, AACFAS, MHA
Dallen S. Pope, DPM, AACFAS



1401 Spanos Ct., Suite 104 Modesto, Ca. 95355 Teléfono: (209) 525-3150 Fax: (888) 491-3281

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: ____ Mujer Hombre
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SSN: _____
Dirección de Facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Dirección de la calle: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Tel. de la casa: _____ Tel. celular: _____ Tel. del trabajo: _____
Correo electrónico: _____ Contacto preferido: _____
Idioma Hablado: _____ Etnicidad: _____ Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo
Empleador: _____ Dirección del empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Primaria: _____ ID: _____ Grupo #: _____
Nombre del Suscriptor: _____ DOB: _____ SSN: _____
Nombre del Empleador: _____ Teléfono: _____
Secundaria: _____ ID: _____ Grupo #: _____
Nombre del Suscriptor: _____ DOB: _____ SSN: _____
Nombre del Empleador: _____ Teléfono: _____

PACIENTE MENOR:

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección de Facturación: _____
Nombre de la Parte Responsable: _____ Numero de Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ DOB: _____ Relación: _____
Tel. de la casa: _____ Tel. celular: _____ Tel. del trabajo: _____

POR FAVOR, LEE Y FIRME: Yo autorizo al Dr. Christian R. Tolboe, al Dr. David E. Paxton, o al Dr. Dallen S. Pope a proporcionar a mi compañía de seguros o a Medicare toda la información necesaria con respecto a mi lesión o enfermedad actual. También autorizo el pago de beneficios médicos directamente al Tolboe Foot & Ankle, Inc. por cualquier suministros o servicios médicos prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios. Entiendo que ocurrirán cargos por pagos atrasados. Entiendo que mi cuenta será mandada a colecciones si se retrasa más de 120 días. Se entiende que cualquier sobrepago me será reembolsado rápidamente. Yo autorizo al Dr. Christian R. Tolboe, al Dr. David E. Paxton, o al Dr. Dallen S. Pope a realizar un examen, a crear un plan de cuidado con respecto a mi lesión o enfermedad de pie y / o tobillo ya tratar dicha lesión o enfermedad. Una copia de esta autorización será considerada como efectiva y válida como el original.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____
Firma del Responsable/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Christian R. Tolboe, DPM, AACFAS, CWS
David Paxton, DPM, AACFAS, MHA
Dallen S. Pope, DPM, AACFAS



1401 Spanos Ct., Suite 104 Modesto, Ca. 95355 Teléfono: (209) 525-3150 Fax: (888) 491-3281

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

ÁREA DE PROBLEMAS: _____

INFORMACIÓN MÉDICA: Por favor marque y rellene espacios en blanco según sea necesario

Peso actual: _____ lbs. Altura: _____ ¿Ha tenido cirugías en su vida? Si No

Tipo de cirugía: _____ Año: _____ Dr: _____

¿Fumas? Si No Antiguo ¿Masca Tabaco? Si No Antiguo

Si es SI, con qué frecuencia: _____ Si ANTERIOR, cuán reciente: _____

¿Bebes alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia: _____

¿Usas drogas ilegales? Sí No En caso afirmativo, ¿qué tipo y con qué frecuencia: _____

Alergias a la medicación (NOMBRE Y REACCIÓN): _____

¿Es usted alérgico al yodo tópico? Sí No ¿Es usted alérgico al látex? Sí No

Medicamentos Actuales - NOMBRE, DOSIS Y FRECUENCIA:

¿Qué farmacia local usa? Nombre: _____ Calle: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____ Fecha de la última visita: _____

HISTORIAL MÉDICO: ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene (Por favor marque):

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabético | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Ansiedad o Depresión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas Hepáticos | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón |
| <input type="checkbox"/> C. Diff Positivo | <input type="checkbox"/> MRSA Positivo | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> <u>NINGUNA</u> | <input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer's |

¿Está sujeto a (Por favor marque):

- Dolor de Espalda Dolor de Pecho Dolor de Pie en Reposo Dificultad para Respirar/falta de Aire
 Dolor Ardiente Hinchazón de las Piernas Calambres en los Pies y Piernas **NINGUNA**

¿Alguna familia inmediata con antecedentes de (Por favor marque):

- Diabético Alta Presión Sanguínea Artritis Cáncer Enfermedad del Corazón **NINGUNA**

Christian R. Tolboe, DPM, AACFAS, CWS
David Paxton, DPM, AACFAS, MHA
Dallen S. Pope, DPM, AACFAS



1401 Spanos Ct., Suite 104 Modesto, Ca. 95355 Teléfono: (209) 525-3150 Fax: (888) 491-3281

Consentimiento del Paciente para Divulgar Información

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Por favor imprimir)

Doy permiso a la oficina del Tolboe Foot & Ankle, Inc. para ponerse en contacto conmigo usando cualquiera de los siguientes métodos indicados para dar los resultados de las pruebas, discutir la información médica y / o confirmar las citas.

Marque todos los que apliquen:

- Correo
- Llamada Telefónica ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No
- Teléfono Celular ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No
- Email

Por favor liste todos los individuos autorizados a los cuales podemos divulgar información de salud.

Nombre(s) y Relación:

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

DIVULGACIÓN DEL AVISO DE PROPIEDAD DEL MÉDICO **A LOS PACIENTES**

En caso de que esté programado para una cirugía en Stanislaus Surgical Hospital, LLC., o Valley Surgery Center, LLC., debe saber y reconocer lo siguiente:

1. Nuestros médicos, Christian R. Tolboe, DPM, FACFAS, CWS, David E. Paxton, DPM, AACFAS, MHA, y Dallen S. Pope, DPM, AACFAS son propietarios de Stanislaus Surgical Hospital, LLC., y/o Valley Surgery Center, LLC.
2. Usted tiene derecho a elegir el proveedor de sus servicios de atención médica. Por lo tanto, tiene la opción de utilizar un centro de atención médica que no sea Stanislaus Surgical Hospital, LLC., o Valley Surgery Center, LLC.
3. Nuestros médicos no lo tratarán de manera diferente si elige obtener servicios de atención médica en un centro que no sea Stanislaus Surgical Hospital, LLC., o Valley Surgery Center, LLC.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, no dude en preguntar a su médico o a cualquier representante de nuestra oficina. Le damos la bienvenida como paciente y valoramos nuestra relación con usted.

Al firmar esta Divulgación De Propiedad Del Médico, usted reconoce que ha leído y entendido el aviso anterior y entiende que su médico tiene un interés de propiedad en Stanislaus Surgical Hospital, LLC., y/o Valley Surgery Center, LLC.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Padre/Tutor: _____ Fecha: _____