



The Foot Clinic
Euless, TX

Dr. Ahmed Shoukry, DPM
412 N Main St #120 Euless, TX 76039-3632
Tel: 682-418-4814 Fax: 682-273-4336
Info@thefootcliniCTX.com

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre: _____
Segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____
Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____
Apellido: _____
Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Seguro Primario
Nombre del seguro: _____
Nombre del asegurado: _____
Número de póliza/ID: _____
Número de grupo: _____

Seguro Secundario
Nombre del seguro: _____
Nombre del asegurado: _____

Número de póliza/ID: _____

Número de grupo: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA HMO (SI APLICA)

¿Su seguro requiere una referencia?

☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

Nombre del médico de atención primaria (PCP): _____

Teléfono del PCP: _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que las referencias requeridas son mi responsabilidad y que los servicios pueden no estar cubiertos sin autorización.

Firma: _____

Fecha: _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY / PROBLEMA DE PIE Y TOBILLO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

A. ÁREA AFECTADA

☐ Pie derecho ☐ Pie izquierdo ☐ Ambos pies

☐ Tobillo derecho ☐ Tobillo izquierdo ☐ Talón ☐ Dedos ☐ Uñas del pie ☐ Arco ☐ Planta del pie ☐ Otro:

B. PRINCIPAL(ES) PROBLEMA(S) DE PIE / TOBILLO

☐ Dolor en el pie ☐ Dolor en el tobillo ☐ Dolor en el talón / fascitis plantar ☐ Dolor en el tendón de Aquiles

☐ Uña encarnada ☐ Uñas gruesas / con hongo ☐ Callo / callosidad ☐ Verruga

☐ Problema del pie diabético ☐ Úlcera / herida abierta ☐ Infección

☐ Fractura / esguince / lesión ☐ Hinchazón ☐ Entumecimiento / hormigueo

☐ Juanetes ☐ Dedos en martillo ☐ Pie plano / arco alto ☐ Artritis

☐ Lesión de piel / masa de tejido blando ☐ Seguimiento postoperatorio ☐ Otro: _____

C. DETALLES DE LOS SÍNTOMAS

¿Tiene dolor? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, nivel de dolor (0–10): _____

Descripción del dolor (marque todo lo que corresponda):

☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Dolorido ☐ Ardor ☐ Pulsátil ☐ Irradiante ☐ Hormigueo ☐ Calambres

Momento del dolor:

☐ Constante ☐ Intermitente ☐ Peor en la mañana ☐ Peor al caminar ☐ Peor al estar de pie ☐ Dolor nocturno

Duración del problema:

☐ Días ☐ Semanas ☐ Meses ☐ Años

Fecha aproximada de inicio: _____

D. SÍNTOMAS ASOCIADOS

☐ Enrojecimiento ☐ Secreción ☐ Sangrado ☐ Olor ☐ Fiebre ☐ Escalofríos

☐ Cambio en el color de la piel ☐ Cambio en el color de las uñas ☐ Pérdida de sensibilidad ☐ Problemas de equilibrio

E. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

☐ Lesión o trauma ☐ Inicio gradual ☐ Relacionado con el trabajo ☐ Relacionado con deportes ☐ Sin causa conocida

¿Ha tenido este problema antes?

☐ Sí ☐ No

Tratamientos previos (marque todo lo que corresponda):

☐ Ninguno ☐ Reposo ☐ Hielo ☐ Antiinflamatorios (NSAIDs) ☐ Antibióticos ☐ Inyección de esteroides

☐ Terapia física ☐ Plantillas ortopédicas ☐ Soporte / bota ☐ Cirugía ☐ Cuidado de heridas ☐ Otro

F. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE DIABETES (SI APLICA)

☐ Tengo diabetes

Tipo: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2

Años con diabetes: _____

☐ Historial de úlcera en el pie ☐ Historial de amputación ☐ Neuropatía / entumecimiento

G. IMPACTO FUNCIONAL

¿Este problema afecta:

☐ Caminar ☐ Estar de pie ☐ Trabajo ☐ Actividades diarias ☐ Sueño ☐ Uso de calzado

H. OBJETIVO DEL PACIENTE PARA LA VISITA DE HOY

☐ Alivio del dolor ☐ Cuidado de uñas ☐ Tratamiento de heridas ☐ Tratamiento de infección

☐ Consulta quirúrgica ☐ Documentación laboral / discapacidad ☐ Segunda opinión

Comentarios o preocupaciones adicionales:

HISTORIAL QUIRÚRGICO

☐ Cirugía de pie ☐ Cirugía de tobillo ☐ Rodilla ☐ Cadera ☐ Espalda ☐ Otro

Por favor enumere las cirugías y fechas aproximadas:

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

☐ Diabetes ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Derrame cerebral ☐ Cáncer ☐ Ninguno

Otro: _____

HISTORIA SOCIAL

Fumar: ☐ Sí ☐ No

Alcohol: ☐ Sí ☐ No

Nivel de actividad:

☐ Sedentario ☐ Moderado ☐ Activo

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Farmacia preferida: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

CONSENTIMIENTO

Certifico que la información proporcionada es correcta y autorizo el tratamiento en The Foot Clinic.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



The Foot Clinic
Euless, TX

Dr. Ahmed Shoukry, DPM
412 N Main St #120 Euless, TX 76039-3632
Tel: 682-418-4814 Fax: 682-273-4336
Info@thefootcliniCTX.com

POLÍTICA DE LA OFICINA

BIENVENIDO(A) A NUESTRA CLÍNICA

Por favor lea esta política cuidadosamente y no dude en hacer preguntas sobre cualquier parte de este documento. Creemos que una explicación clara de nuestras políticas administrativas y financieras nos permitirá enfocarnos en nuestro objetivo principal: restaurar y mantener la salud de sus pies. Nuestra práctica se esfuerza por brindarle atención podológica de la más alta calidad. Si tiene alguna pregunta sobre su tratamiento, por favor pregunte. Agradecemos sus referencias y esperamos establecer una relación médico-paciente satisfactoria.

CITAS

Si no puede asistir a su cita, por favor llame a la oficina para reprogramar con al menos 24 horas de anticipación. Los pacientes con tres citas perdidas pueden ser referidos a otro proveedor. Los pacientes que lleguen con más de 15 minutos de retraso pueden ser reprogramados. En ocasiones, la oficina puede cambiar su cita debido a emergencias o cambios en el horario del médico. Haremos todo lo posible por avisarle con anticipación. Agradecemos su comprensión y cooperación para reprogramar su cita rápidamente.

TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Las solicitudes de copias de expedientes pueden tardar entre 2 a 4 semanas. Se requiere un formulario HIPAA firmado y vigente en la fecha de la solicitud. Los cargos por copias son \$1 por página para las primeras 25 páginas y \$0.50 por cada página adicional. Por razones de seguridad, no se aceptan solicitudes por correo electrónico.

POLÍTICA FINANCIERA

Para ofrecer nuestros servicios a la mayor cantidad de pacientes posible, hemos establecido la siguiente política financiera. Le pedimos que la lea cuidadosamente y la firme antes de recibir tratamiento. Podemos aceptar seguros asignables con cobertura aplicable. Ofrecemos asistencia financiera, incluyendo descuentos o reducción de deducibles, copagos y coseguros, bajo nuestro programa de indigencia, evaluado caso por caso. El pago total es debido al momento del servicio, a menos que se haya acordado lo contrario. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard, American Express y Discover. Los cheques devueltos tendrán un cargo de \$25.00.

SEGURO MÉDICO

Podemos aceptar la asignación de beneficios del seguro a nuestra discreción si se presenta identificación válida. Se considera identificación válida una tarjeta de seguro activa, información del plan o verificación telefónica. Como cortesía, presentaremos reclamos a su seguro. Sin embargo, usted es responsable del saldo de su cuenta, incluso si su seguro no paga el total. Su póliza es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de ese contrato. Si no aceptamos la asignación de beneficios, se podrá requerir autorización de tarjeta de crédito y se podrá cobrar el saldo si el seguro no paga dentro de 45 días o determina que el saldo es responsabilidad del paciente. Se recomienda contactar a su seguro para confirmar beneficios antes del servicio. Usted es responsable de obtener todas las autorizaciones o referencias necesarias. Si decide facturar su propio seguro, se le proporcionará un estado de cuenta detallado y un formulario HCFA-1500, y su cuenta será tratada como pago directo. Debe informar cualquier cambio de seguro o requisitos de autorización. Si no lo hace, será responsable de los cargos denegados. De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, podemos ofrecer descuentos bajo nuestro programa de indigencia según la necesidad médica y capacidad de pago.

REFERENCIAS

Si su seguro requiere una referencia o autorización, es su responsabilidad obtenerla. No podremos obtenerla el mismo día de la cita. Si llega sin su referencia, puede intentar obtenerla contactando a su médico primario, reprogramar su cita sin penalización, o dejar dos cheques: uno por el copago o coseguro y otro por el monto total. Si obtiene la referencia dentro de 48 horas, el cheque del monto total será devuelto sin cobrar; de lo contrario, se devolverá el cheque del copago.

LESIONES PERSONALES

Si su tratamiento está relacionado con un caso legal, se requiere verificación de su abogado antes de la primera visita. También deberá permitirnos facturar a su seguro. El paciente sigue siendo responsable del pago. No aceptamos cartas de protección ni facturamos directamente a abogados.

DIVORCIO

En caso de divorcio o separación, la persona responsable antes del divorcio sigue siendo responsable del pago. Después del divorcio, el padre o tutor que autoriza el tratamiento será responsable de los cargos. Si el otro padre debe pagar según el acuerdo legal, es responsabilidad del padre que autoriza cobrarle.

ESTADOS DE CUENTA

Si tiene saldo pendiente, recibirá un estado de cuenta mensual. El pago total es debido al recibir el estado. Las cuentas no pagadas pueden generar cargos por retraso.

CONFIDENCIALIDAD

Si su cuenta se envía a una agencia de cobranza, a un abogado o a un proceso legal, o si se reporta a una agencia de crédito, el hecho de haber recibido tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en información pública.

FORMULARIOS FMLA Y DISCAPACIDAD

Por favor entregue los formularios al menos una semana antes de la fecha límite. La oficina enviará los formularios por fax, pero si no se reciben después de varios intentos, será su responsabilidad enviarlos. Habrá un cargo de \$25.00 por el formulario inicial y \$10.00 por cada formulario adicional.

INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo la divulgación de información médica necesaria a mi compañía de seguros para procesar reclamos. También autorizo el pago directo de beneficios médicos a mi médico. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi seguro.

FECHA DE VIGENCIA

Al firmar este documento, usted acepta todos los términos y condiciones aquí establecidos. Este acuerdo permanecerá vigente hasta que sea cancelado por escrito. Declaro que he leído esta política y que todas mis preguntas han sido respondidas.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



The Foot Clinic
Euless, TX

Dr. Ahmed Shoukry, DPM
412 N Main St #120 Euless, TX 76039-3632
Tel: 682-418-4814 Fax: 682-273-4336
Info@thefootcliniCTX.com

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1998 (HIPAA), tengo ciertos derechos relacionados con la privacidad de mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los diferentes proveedores de atención médica que puedan estar involucrados directa o indirectamente en mi atención.
- Obtener pagos de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que puedo comunicarme con esta organización en la dirección indicada anteriormente para obtener una copia actualizada.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja el uso o divulgación de mi información privada para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que esta organización no está obligada a aceptar dichas restricciones, pero si acepta, deberá cumplirlas.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____



The Foot Clinic
Euless, TX

Dr. Ahmed Shoukry, DPM
412 N Main St #120 Euless, TX 76039-3632
Tel: 682-418-4814 Fax: 682-273-4336
Info@thefootclinetx.com

DIVULGACIÓN DEL MÉDICO

De acuerdo con la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas:

La ley de Texas requiere que un médico informe al paciente sobre ciertos acuerdos permitidos por la ley aplicable, mediante los cuales el médico puede recibir compensación por referir o recomendar pacientes a una persona autorizada, certificada o registrada por una agencia reguladora de atención médica en Texas.

El propósito de esta divulgación es notificarle a usted, el paciente, que su(s) médico(s) tratante(s) puede(n) recibir compensación por referirlo a uno o más proveedores de servicios auxiliares de atención médica para ciertos servicios.

Por la presente, reconozco que mi(s) médico(s) tratante(s) me han informado, en el momento del contacto inicial y en el momento de la referencia, lo siguiente:

- (i) su afiliación con los proveedores de servicios auxiliares a los cuales estoy siendo referido, y
- (ii) que el/ella puede recibir, directa o indirectamente, compensación por dicha referencia.

Entiendo que yo, como paciente, tengo el derecho de elegir a los proveedores de mis servicios y/o productos de atención médica y que puedo optar por recibir servicios auxiliares de cualquier proveedor o instalación de mi elección.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



The Foot Clinic
Euless, TX

Dr. Ahmed Shoukry, DPM
412 N Main St #120 Euless, TX 76039-3632
Tel: 682-418-4814 Fax: 682-273-4336
Info@thefootcliniCTX.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA RECETAS ELECTRÓNICAS (E-PRESCRIBING)

La prescripción electrónica (e-Prescribing) se define como la capacidad del médico de enviar electrónicamente una receta precisa, sin errores y comprensible directamente a una farmacia. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente.

La prescripción electrónica reduce significativamente los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 estableció estándares que deben incluirse en un programa de prescripción electrónica.

Estos incluyen:

Transacciones de formulario y beneficios: proporcionan al médico información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.

Transacciones de historial de medicamentos: proporcionan al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando, con el fin de minimizar eventos adversos relacionados con medicamentos.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza a The Foot Clinic a solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o de terceros administradores de beneficios farmacéuticos con fines de tratamiento.

Habiendo entendido lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a The Foot Clinic para inscribirme en el programa de prescripción electrónica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado o modificado.

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre de la farmacia: _____

Ubicación: _____