

Paquete de Admision para Paciente Nuevo

Por favor complete este paquete antes de su primera visita. Los campos pueden completarse electronicamente.

Registro del Paciente

Nombre legal		Segundo nombre		Apellido	
Nombre preferido		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Edad	
Sexo	☐ M	☐ F			
Direccion			Apto/Unidad		Ciudad
Estado	Codigo postal	Telefono movil		Correo electronico	
Ocupacion		Empleador		Medico de atencion primaria	

Contacto de Emergencia

Nombre	Relacion	Telefono

Comunicacion Preferida

Llamada	Mensaje de texto	Correo electronico	Buzon de voz
☐	☐	☐	☐

Seguro e Informacion Financiera

Seguro Primario

Compania de seguro	ID de miembro	Grupo #
Nombre del suscriptor	Fecha nac. suscriptor	Relacion

Seguro Secundario (si aplica)

Compania de seguro	ID de miembro	Grupo #
Nombre del suscriptor	Fecha nac. suscriptor	Relacion

Responsable / Garante

Igual que el paciente		
Nombre	Relacion	Telefono

Asignacion de Beneficios y Responsabilidad Financiera

Autorizo la divulgacion de informacion razonablemente necesaria para procesar reclamaciones y solicito el pago de beneficios autorizados directamente a la practica cuando mi plan lo permita. Entiendo que verificar el seguro no garantiza pago ni cobertura. Soy responsable de copagos, deducibles, coseguro, servicios no cubiertos y saldos permitidos por ley y contrato.

Reconozco y acepto estos terminos.

Firma escrita/tecleada del paciente o garante	Fecha
---	-------

Historial Medico

Condiciones Medicas

Diabetes	Presion alta
Enfermedad cardiaca	Colesterol alto
Enfermedad renal	Enfermedad hepatica
Trastorno de sangrado/coagulacion	Coagulos/DVT/PE
Cancer	Artritis
Gota	Neuropatia/trastorno nervioso
Enfermedad vascular periferica	Enfermedad autoinmune
Asma/COPD	Apnea del sueno
Convulsiones	Enfermedad tiroidea
Osteoporosis	Otra
Otras condiciones / detalles	

Cirugias / Hospitalizaciones

Cirugias y hospitalizaciones previas (incluya fechas aproximadas)

Historia Social

Nunca fumo	Exfumador	Fuma/vapea actualmente
No alcohol	Alcohol ocasional	Alcohol regularmente
Ejercicio / deportes		Demandas de pie/caminar en el trabajo

Medicamentos, Alergias y Seguridad

Alergias

No conozco alergias a medicamentos

Alergias a medicamentos/sustancias y reaccion

Medicamentos Actuales

Medicamento / dosis / frecuencia / motivo

Seguridad de Medicamentos / Procedimientos

Tomo anticoagulante

Tengo dispositivo implantado o marcapasos

Puedo estar embarazada

No aplica

Reaccion previa a anestesia local

Detalles

Historial de Pie y Tobillo

Motivo Principal

Problema principal o motivo de consulta

Lado (Izq./Der./Ambos)

Cuando comenzo

Fecha de lesion (si aplica)

Como comenzo? Incluya mecanismo de lesion si aplica.

Sintomas

Dolor

Moretones

Debilidad

Movimiento limitado

Dificultad al caminar

Hinchazon

Adormecimiento/hormigueo

Inestabilidad/se vence

Problema de piel/una

Otro

Dolor 0-10

Que lo empeora

Que lo mejora

Tratamientos previos, imagenes, inyecciones, terapia, ortesis, cirugia o medicamentos

Meta principal para esta visita

Consentimiento para Atencion y Comunicacion

Consentimiento General

Consiento voluntariamente a la evaluacion y al tratamiento medicamente apropiado por Dr CARLOS A ROJAS DPM y el personal clinico autorizado. Entiendo que la evaluacion puede incluir historia, examen fisico, revision de expedientes, pruebas diagnosticas, ordenes de imagenes y atencion rutinaria de oficina. No se ha garantizado ningun diagnostico, resultado de tratamiento ni recuperacion. Procedimientos especificos, cirugia, inyecciones o terapias regenerativas pueden requerir consentimiento informado por separado.

Consiento a la evaluacion y tratamiento rutinario.

Comunicaciones Electronicas y Telefonicas

La practica puede usar telefono, buzón de voz, mensajes de texto o correo electronico para citas, recordatorios y asuntos administrativos que yo autorice. Entiendo que el correo electronico y los mensajes de texto ordinarios pueden tener riesgos de privacidad.

Autorizo recordatorios por texto.

Autorizo recordatorios por email.

Autorizo mensajes de voz con nombre de la practica y fecha/hora de cita.

Movil preferido

Email preferido

Personas con Quienes Podemos Hablar

Nombre

Relacion

Telefono

Nombre

Relacion

Telefono

Firma del paciente/representante

Fecha

Aviso de Practicas de Privacidad (HIPAA)

Fecha de vigencia: 11 de agosto de 2026. Este aviso describe como puede usarse y divulgarse su informacion medica y como usted puede acceder a ella.

Sus Derechos

Puede obtener una copia electronica o en papel de su expediente; pedir correcciones; solicitar comunicaciones confidenciales; pedir ciertas restricciones; solicitar un registro de ciertas divulgaciones; obtener una copia de este Aviso; designar un representante personal; y presentar una queja de privacidad sin represalias.

Sus Opciones

Puede indicarnos como compartir informacion relevante con familiares, amigos u otras personas involucradas en su atencion o pago. Obtendremos autorizacion escrita cuando HIPAA la requiera, incluyendo la mayoria de usos de mercadeo, venta de informacion protegida y notas de psicoterapia.

Registros de Trastorno por Uso de Sustancias

En la medida en que la practica reciba registros protegidos por 42 CFR Parte 2, esos registros reciben protecciones adicionales y generalmente no pueden usarse o divulgarse en procedimientos contra usted sin consentimiento escrito o una orden judicial que cumpla los requisitos aplicables.

Aviso de Practicas de Privacidad (continuacion)

Usos y Divulgaciones Comunes

Podemos usar o divulgar su informacion para tratamiento, pago y operaciones de atencion medica; actividades de salud publica y seguridad; supervision de salud; compensacion laboral y ciertas funciones gubernamentales; procesos legales permitidos; examinadores medicos/directores funerarios/donacion de organos; e investigacion cuando la ley lo permita.

Confidencialidad de Florida

La ley de Florida generalmente protege la confidencialidad de los expedientes del paciente y limita la divulgacion fuera de su atencion salvo autorizacion escrita o cuando la ley lo permita o requiera. La practica mantiene politicas para proteger la confidencialidad y seguridad de los expedientes.

Aviso de Practicas de Privacidad (continuacion)

Nuestras Responsabilidades

Debemos mantener la privacidad y seguridad de la informacion de salud protegida, notificar a las personas afectadas cuando la ley lo requiera por una violacion, seguir el Aviso vigente y no usar ni divulgar informacion fuera de lo descrito salvo autorizacion o permiso/requisito legal.

Cambios a Este Aviso

Podemos cambiar los terminos de este Aviso y aplicar el Aviso revisado a toda la informacion protegida que mantenemos. La version actual estara disponible a solicitud, en la oficina y en el sitio web.

Preguntas o Quejas

Contacto de privacidad: Dr CARLOS A ROJAS DPM / Oficial de Privacidad, 8740 N Kendall Dr Ste 107, Miami, FL 33176, (786) 464-9991. Tambien puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. No habra represalias por presentar una queja.

Reconocimiento del Aviso de Privacidad

Reconocimiento

Reconozco que recibí o se me ofreció el Aviso de Prácticas de Privacidad de Dr CARLOS A ROJAS DPM. Mi firma reconoce la recepción del Aviso; no autoriza usos o divulgaciones especiales de mi información de salud.

Recibí / se me ofreció una copia del Aviso.

Firma del paciente/representante

Fecha

Si firma un representante, relación/autoridad

Solo para uso de la oficina si no se obtiene firma

Paciente rehusó firmar

Tratamiento de emergencia

Otra razón

Esfuerzo de buena fe / razón

Autorizacion para Divulgar / Obtener Informacion de Salud

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Telefono

Persona/Organizacion Autorizada a Divulgar

Autorizo a

Direccion/fax/contacto seguro

Destinatario

A divulgar a

Direccion/fax/contacto seguro

Informacion Autorizada

Expediente completo	Notas de oficina	Imagenes/informes
Facturacion/seguro	Laboratorio/patologia	Otra

Otro / rango de fechas / registros especificos

Proposito (o 'a mi solicitud')

Fecha/evento de expiracion

Metodo de entrega

Entiendo que puedo revocar esta autorizacion por escrito excepto en la medida en que ya se haya actuado basandose en ella. El tratamiento, pago, inscripcion o elegibilidad no se condicionaran a la firma salvo cuando la ley lo permita. La informacion divulgada puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegida por HIPAA, aunque otras leyes pueden aplicar.

Firma del paciente/representante legal

Fecha

Autoridad del representante

Derechos y Responsabilidades del Paciente - Resumen de Florida

Derechos del Paciente

- Recibir atención considerada y respetuosa e información sobre los proveedores involucrados.
- Recibir información apropiada sobre diagnóstico, tratamiento propuesto, alternativas, riesgos y resultados esperados.
- Participar en decisiones y rechazar tratamiento dentro de lo permitido por la ley, entendiendo posibles consecuencias.
- Que sus expedientes y comunicaciones se manejen confidencialmente según las leyes federales y de Florida.
- Solicitar acceso o copias de expedientes según la ley aplicable.
- Recibir información sobre cargos y pagos disponibles cuando corresponda.
- Presentar inquietudes o quejas sin represalias.

Responsabilidades del Paciente

- Dar información precisa y completa sobre síntomas, historial, medicamentos, alergias, seguro y cambios de salud.
- Hacer preguntas cuando no comprenda su condición, plan, instrucciones o responsabilidades financieras.
- Seguir el plan acordado e informar cuando no pueda hacerlo.
- Cumplir citas o avisar con tiempo razonable si debe cancelar o cambiar.
- Tratar al personal y a otros pacientes con respeto y seguir políticas razonables.
- Cumplir obligaciones financieras permitidas por ley y acuerdos de seguro.

Certificacion y Firma del Paciente

Certificacion

Certifico que la informacion proporcionada en este paquete es verdadera y completa segun mi leal saber y entender. Entiendo que debo actualizar a la practica cuando cambien mis medicamentos, alergias, seguro, informacion de contacto o historial de salud.

He revisado la informacion que ingrese en este paquete.

Entiendo que ciertos procedimientos pueden requerir consentimiento informado por separado.

Firma del paciente/representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Relacion si es representante

Seguridad de Envio Electronico

Si este paquete se ofrece en el sitio web, puede completarse y descargarse. Los formularios completados contienen informacion de salud protegida. No envie formularios completados por correo electronico ordinario ni mediante una carga web no segura. Use un portal compatible con HIPAA, carga cifrada segura, fax seguro o entrega en la oficina.

Aviso de Seguro de Responsabilidad Profesional

Aviso al Paciente

Dr. Carlos A. Rojas, DPM no mantiene seguro de responsabilidad profesional (seguro de negligencia medica).

Reconocimiento del Paciente

Reconozco que he sido informado(a) de que Dr. Carlos A. Rojas, DPM no mantiene seguro de responsabilidad profesional (seguro de negligencia medica).

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Firma del paciente/representante Fecha

Nombre del representante / relacion (si aplica)

Este reconocimiento confirma solamente la recepcion del aviso y no implica renuncia de derechos.