

Paquete de Admisión para Paciente Nuevo

Registro, contacto y seguro.

Registro del Paciente

Nombre		Segundo nombre		Apellido	
Nombre preferido		Fecha de nacimiento		Edad	
				Sexo	
				☐ M ☐ F	
Dirección			Apto/Unidad		
Ciudad		Estado		Código postal	
				Móvil	
Correo electrónico			Ocupación		

Contacto y PCP

Contacto de emergencia		Relación		Teléfono	
Médico de atención primaria			Teléfono PCP		

Seguro

Seguro primario		ID de miembro		Grupo #	
Suscriptor		Fecha nac. suscriptor		Relación	
Seguro secundario		ID de miembro		Grupo #	
☐ Responsable igual al paciente			Responsable / garante		

Historial Médico, Medicamentos y Alergias

Historia médica y social relevante en una sola página.

Condiciones Médicas

- ☐ Diabetes
- ☐ Presión alta
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Sangrado / coágulos
- ☐ DVT / PE
- ☐ Cáncer
- ☐ Artritis
- ☐ Gota
- ☐ Neuropatía
- ☐ Vascular periférica
- ☐ Autoinmune
- ☐ Asma / COPD
- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Convulsiones
- ☐ Tiroides
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Otra

Otras condiciones / detalles

Cirugías / Hospitalizaciones

Medicamentos y Alergias

- ☐ Sin alergias conocidas a medicamentos

Alergias / reacción

Medicamentos actuales (nombre, dosis, frecuencia)

Seguridad y Antecedentes Sociales

- ☐ Anticoagulante
- ☐ Marcapasos / dispositivo
- ☐ Puede estar embarazada
- ☐ Reacción a anestésico local
- ☐ Nunca fumé
- ☐ Exfumador
- ☐ Fuma / vapea
- ☐ Sin alcohol
- ☐ Alcohol ocasional
- ☐ Alcohol regular

Ejercicio / deportes

Demandas de estar de pie / caminar en el trabajo

Historial de Pie y Tobillo + Consentimientos

Motivo de visita, síntomas y reconocimientos principales.

Motivo Principal

Problema principal / motivo de visita

Lado Cuándo comenzó Fecha de lesión Dolor 0-10

Cómo comenzó / mecanismo de lesión

Síntomas

- ☐ Dolor
- ☐ Hinchazón
- ☐ Moretones
- ☐ Hormigueo
- ☐ Debilidad
- ☐ Inestabilidad
- ☐ Movimiento limitado
- ☐ Piel/uña
- ☐ Dificultad al caminar
- ☐ Otro

Tratamientos previos / imágenes / terapia / ortesis / cirugía / medicamentos

Meta principal para esta visita

Consentimiento, Comunicación y Responsabilidad Financiera

Consiento voluntariamente a evaluación y tratamiento médicamente apropiado por Dr. Carlos A. Rojas, DPM y personal autorizado. No se garantiza diagnóstico, resultado, recuperación ni respuesta. Procedimientos específicos pueden requerir consentimiento separado.

- ☐ Texto
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Buzón de voz

Autorizo la divulgación razonablemente necesaria para procesar reclamaciones y el pago directo de beneficios cuando mi plan lo permita. Verificar el seguro no garantiza pago. Soy responsable de copagos, deducibles, coseguro, servicios no cubiertos y saldos permitidos por ley y contrato.

Reconozco que recibí o se me ofreció el Aviso de Prácticas de Privacidad. Certifico que la información proporcionada es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

- ☐ Acepto los términos anteriores.

Firma del paciente / representante

Fecha

Privacidad y Avisos al Paciente

HIPAA, responsabilidad profesional, derechos y responsabilidades en una sola página.

Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Sus Derechos

- Obtener copia de su expediente y pedir corrección de información incorrecta o incompleta.
- Solicitar comunicaciones confidenciales y ciertos límites sobre usos o divulgaciones.
- Si paga completamente de su bolsillo, pedir que no enviemos esa información a su plan para pago u operaciones, salvo obligación legal.
- Solicitar una contabilidad de ciertas divulgaciones, una copia del Aviso y presentar quejas sin represalias.

Usos / Responsabilidades

- Podemos usar o divulgar información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Podemos divulgar cuando la ley lo permita o requiera, incluyendo salud pública, seguridad, supervisión, procesos legales, compensación laboral y ciertas funciones gubernamentales.
- Debemos mantener privacidad y seguridad, notificar violaciones cuando la ley lo requiera y seguir el Aviso vigente.
- La ley de Florida protege la confidencialidad; registros protegidos por 42 CFR Part 2 reciben protecciones adicionales.

Contacto de Privacidad: Dr. Carlos A. Rojas, DPM / Oficial de Privacidad, (786) 464-9991. También puede presentar una queja ante HHS OCR; la práctica no tomará represalias.

Aviso de Seguro de Responsabilidad Profesional

Dr. Carlos A. Rojas, DPM no mantiene seguro de responsabilidad profesional (mala práctica médica).

☐ Reconozco que he sido informado de este aviso.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha

Firma del paciente / representante

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Derechos

- Atención considerada y respetuosa.
- Información apropiada sobre diagnóstico, tratamiento propuesto, alternativas, riesgos y resultados esperados.
- Participar en decisiones y rechazar tratamiento dentro de lo permitido por la ley.
- Manejo confidencial de expedientes y acceso a copias.
- Información sobre cargos y posibilidad de expresar inquietudes sin represalias.

Responsabilidades

- Proporcionar información completa y exacta de salud, medicamentos, alergias y seguro.
- Hacer preguntas cuando no entienda su condición, plan, instrucciones o responsabilidad financiera.
- Seguir los planes acordados y avisar cuando no pueda hacerlo.
- Cumplir citas o avisar con anticipación al cancelar/reprogramar.
- Tratar al personal y pacientes con respeto y cumplir obligaciones financieras permitidas.

Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia

Teléfono

Dirección / intersección