

SEGALL FOOT & ANKLE, INC.
MELI ORTHOPEDIC CENTERS OF EXCELLENCE
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

**POR FAVOR DE IMPRENTAR Y
DE CONTESTAR TODA LAS SIGUIENTES 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

Correo Electrónico: _____ Que Idiomas Hablas: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Emergencia Persona de Contacto: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información de Seguro: Compañía: _____ Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

(Si es diferente del Paciente) Nombre de Persona Responsable _____

Fecha de Nacimiento: _____ Último 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 Médico por la cita de hoy: _____

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 Sí, 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 diariamente o periódicamente y **DOSIS:** _____

USTE TIENE O ATENIDO EN EL PASADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTE PROBLEMAS? Si la respuesta es SI, Por Favor de una breve explicación con detalles. Ejemplo: Cancer: 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 sufren 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 essi, Cuanto? _____

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

Firma del Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____

SEGALL FOOT & ANKLE, INC.
MELI ORTHOPEDIC CENTERS OF EXCELLENCE
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

Yo, _____, comprendo que tengo una condición medica que requiere tratamiento medico. Yo autorizo al Dr. Arthur Segall, Jr., para determinar que tipo de procedimiento diagnostico (exámenes) deben de ser hechos para saber mas de mi condición medica. Esto puede incluir; rayos X, exámenes diagnósticos, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, gammagrafía de hueso, o otros exámenes de rutina. Yo comprendo que si mi doctor me conseja un examen o exámenes de alto riesgo, serán explicado a mi persona. Yo autorizo el personal del Dr. Arthur Segall, Jr., que me asistan o me hagan los exámenes o terapia en que el Dr. Arthur Segall, Jr., me ha ordenado.

Yo también autorizo el Dr. Arthur Segall, Jr., que determinen que tipo de tratamiento que debe darse y para realizar tales procedimientos según lo consideren necesario en su criterio/opinión profesional para preservar mi salud. Yo completamente comprendo que exámenes médicos o tratamientos pueden involucrar ciertos riesgos inevitables. Yo comprendo que la practica de medicina y cirugía no son ciencia exacta, y reconozco que no me hayan garantizado o asegurado sobre los resultados de los tratamientos o exámenes.

Yo certifico que he leído este documento y certifico que yo entiendo completamente el contenido.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Guardián (para persona que no puede firmar): _____

Relación al paciente: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y PAGO DIRECTO

Yo doy autorizaciones directas que mi seguro o seguros pague por cheque o otra forma de pago a Segall Foot and Ankle, Inc por todos los cérvicos médicos o de cirugías rendido a mi o mis dependientes a pesar de mis beneficios de seguro, si alguna. Así el total de cargos por los servicios profesionales rendidos, Esta es una Asignación directa sobre mis derechos y Beneficios debajo de esta póliza. Una fotocopia será considerada efectiva y valida como la original. Yo comprendo que soy responsable por todos los cargos, sean o no pagados por la compañía de seguro, y yo soy responsable por pagar todo el balance de los servicios rendidos por el Dr. Arthur Segall, Jr., que no sean pagados por la compañía de seguro y/o un documento de seguridad firmado por abogado (Attorney Lien).

Yo certifico que he leído este documento y certifico que yo entiendo completamente el contenido.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Guardián (para persona que no puede firmar): _____

Relación al paciente: _____

SEGALL FOOT & ANKLE, INC.
MELI ORTHOPEDIC CENTERS OF EXCELLENCE
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 PARA USO Y REVELAR INFORMACION MEDICA PRIVADA

Sección A: Paciente dando Consentimiento

Nombre: _____

Sección B: Para el Paciente – Por favor lee el siguiente contenido cuidadosamente.

Propósito de consentimiento: Habiendo firmado este documento usted esta dando consentimiento a nuestro uso y revelar información protegida de salud para poder dar tratamiento, actividad de pago, y operaciones de salud.

Notificación de Privacidad de Práctica: Usted tiene el derecho de leer la Notificación de Privacidad antes de decidir si firma el consentimiento. Nuestra notificación probó una descripción de nuestro tratamiento, actividad de pago y operaciones de salud, de uso y revelaciones que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otras situaciones importante de su información protegida de salud. Una copia de esta notificación acompaña este consentimiento. Nosotros animamos que leas cuidadosamente y completamente este consentimiento antes de firmar. Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad de práctica como ha sido describió en nuestra notificación de privacidad de práctica. Si nosotros cambiamos nuestra privacidad de práctica, nosotros daremos una notificación de privacidad de práctica, que contiene los cambios. Estos cambios pueden aplicar a cualquiera de nuestra información protegida de salud que mantenemos. Usted puede obtener una copia de notificación de privacidad de práctica con las revisiones de notificación en cualquier momento, contactando al Dr. Arthur Segall, Jr., en la dirección de 201 NW 82nd Ave, Suite 201, Plantation, FL 33324 o por teléfono y una carta escrita con su información.

Derecho para revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dando autorización escrita de su revocación sometida a la persona listada arriba. Por favor comprenda que la revocación de este consentimiento no afectara cualquier acción tomada por nosotros en relación del consentimiento antes de haber recibido la revocación, también nosotros podemos negarle tratamiento a su persona o de continuar tratamiento si usted revoca este consentimiento. Yo he tenido la completa oportunidad de leer y considerar lo contenido de este documento de consentimiento y notificación de privacidad de práctica. Yo comprendo que, al firmar este consentimiento, yo estoy dando mi consentimiento para uso y revelación de mi información de salud protegida para poder tener tratamiento, actividad de pago y operaciones de salud.

PRUEBA DE RECIBIMIENTO DE NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE PRACTICA

*****Usted puede rechazar firmar esta prueba de recibimiento*****

Yo, _____, he recibido una copia de la notificación de privacidad de práctica de esta oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

(Para uso de la Oficina solamente)

Nosotros hemos tratado de obtener la firma de prueba de recibimiento de la notificación de privacidad de práctica, pero no hemos podido obtenerla por:

_____ La persona rechazo firmar

_____ Problema con comunicación que nos evito obtener la firma

_____ Una situación de emergencia que nos evito de obtener la firma

_____ Otro: _____

SEGALL FOOT & ANKLE, INC.
MELI ORTHOPEDIC CENTERS OF EXCELLENCE
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 Fisica | <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): _____