



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M / F Estado Civil: S C V D

Ocupación: _____ Número Social: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Número de Trabajo: _____ Número de Casa: _____ E-mail: _____

Doctor de Cabecera: _____ Número del Doctor: _____

Contacto de Emergencia: _____ Celular: _____ Relación: _____

SEGURO MEDICO

Nombre de Seguro: _____ Nombre del titular: _____

Número de ID: _____ Número del Grupo: _____

Otro Seguro?: _____

Medicare: Sí? No? Medi-Cal: Sí? No? NOS GUSTARÍA TENER COPIA DE SUS TARJETAS DE SEGURO MÉDICO

A quien podemos agradecerle por referir a nuestra oficina?: _____

Por la presente doy permiso al Dr. Edward Azar, D.P.M. y sus asociados o asistentes, para administrar el tratamiento que se considere necesario en el diagnóstico y el tratamiento de la afección de mi piel.

Solicito que el pago del seguro médico autorizado o los beneficios de Medicare se realicen en mi nombre directamente a Edward Azar, D.P.M. por los servicios que me han brindado. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a Medicare o cualquier otra compañía de seguros o sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios médicos. Reconozco el Aviso de prácticas de privacidad y el cumplimiento de HIPAA de esta oficina, que describe el uso, las restricciones y la divulgación de mi información médica protegida.

- Entiendo y acepto que soy el responsable final del pago y de todos los servicios médicos no cubiertos
- Certifico que esta información es verdadera y correcta para mi leal saber y entender.

Fecha

Firma del paciente o guardián legal

Reconocimiento de Recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad

Reconozco que me proporcionaron una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que lo leí (o tuve la oportunidad de leer si así lo elijo) y entendí el aviso.

Nombre del Paciente (por favor escriba)

Fecha

Tutor legal (si corresponde)

Firma:

Consentimiento de HIPAA

Entiendo que según la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

Llevar a cabo un plan y dirigir mi tratamiento y hacer un seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.

obtener el pago de terceros pagadores.

Realice operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Me ha informado de su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha dado la oportunidad de revisar dicho aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este contrato. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y qué puedo comunicarme con la organización en cualquier momento a la dirección que se encuentra a continuación para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi instrucción privada para llevar a cabo operaciones de atención médica de pago de tratamiento. También entiendo que no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado a cumplir con dichas instrucciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que haya tomado medidas confiando en este consentimiento.

Nombre del paciente o tutor legal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo/intérprete: _____ Fecha/hora: _____

FIRMA DE MEDICARE EN EL ARCHIVO

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre al **Dr. Edward Azar DPM** en **Azar Foot & Ankle Specialist** por cualquier servicio que me haya brindado el Médico / Proveedor mencionado. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a servicios relacionados. Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medigap a este proveedor y también autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Aseguradora Medigap a continuación toda la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios de este proveedor.

Entiendo que mi firma a continuación solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica "otro seguro de salud" en el Bloque 9 del formulario HCFA-1500, o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados o reclamos enviados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia mostrada. En los casos asignados por Medicare, el proveedor o el proveedor acuerdan aceptar la determinación del cargo del proveedor de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable sólo del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo del proveedor de Medicare.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma:

Numero de Medicare: _____ Numero de Medigap: _____

Nombre del proveedor: Edward Shibil Azar DPM

Dirección del proveedor: 9675 Monte Vista Ave, Suite E; Montclair CA, 91763

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a _____ a divulgar mi información de salud protegida como se describe a continuación. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeto a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegido por la ley federal o estatal. Entiendo que yo puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si la solicito, y recibiré una copia de este formulario después de firmarlo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la dirección que se encuentra arriba, pero si lo hago no afectará ninguna acción tomada antes de recibir mi revocación. Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado sobre si doy autorización para el uso o divulgación solicitada, excepto (1) si mi tratamiento está relacionado con la investigación, o (2) los servicios de atención médica se me proporcionan únicamente con el fin de crear información médica protegida para su divulgación a un tercero.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Persons/organizations to receive the information: _____

La información específica que se divulgará/ divulgará se especifica a continuación

____ Registro Médico Completo

O especifique uno o más de los siguientes

____ Reportes Operativos

____ Rayos X

____ Notas de progreso

____ Facturación y Registros de reclamos

____ Laboratorio

____ (Otros _____)

Esta autorización vencerá el _____ (fecha o evento del estado).

AUTORIZACION ESPECIFICA

Entiendo que mi información de salud que se divulga PUEDE INCLUIR información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud mental o conductual y/o tratamiento para el alcohol y/o abuso de drogas. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de toda esa información, a menos que la haya tachado y la haya rubricado. ☐ Si ☐ No Iniciales: _____

Firma del paciente o representantes del paciente: _____ **Fecha:** _____

(El formulario DEBE completarse antes de firmar)

Nombre impreso del representante del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MEDIOS / AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN Por la presente doy mi consentimiento para fotografía, filmación, grabación de video y / o grabación de audio u otros medios para capturar mi imagen o voz y / o ser citado en los medios o materiales impresos (incluidos los sitios web de medios sociales)

Marque uno de los siguientes:

Soy: Paciente ____ (o) Sustituto del paciente (representante legal) ____, Personal ____, Voluntario ____, Visitante ____, Otro (describir) ____.

Apruebo Este Consentimiento: SI A NO

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____
Número: _____ Correo Electrónico: _____

Por la presente autorizo a Azar Foot & Ankle Specialist y sus afiliados y agentes a tomar fotografías o producir videocintas, cintas de audio, archivos electrónicos u otros tipos de producciones de medios que capturen mi nombre, voz y / o imagen, para que se divulguen a los miembros de las redes sociales. medios o medios, con el propósito de:

- Medios de comunicación (en línea, impresos y / o transmitidos)
- Sitios web y redes sociales
- Publicaciones y / o materiales promocionales.
- Capacitación médica y / o educativa.
- Programas de circuito cerrado de televisión
- Cualquier otro propósito legal
- Anuncios

La información que se divulgará incluye: Imágenes fotográficas mías Información sobre mi afección médica y / o pronóstico Video o audio de mí y / o mi voz Información sobre la (s) fecha (s), hora (s) y tipo (s) de tratamiento Imágenes de registros como escaneos y / o rayos X recibidos, Otro ____.

Además, entiendo que esta autorización es voluntaria, sin compensación, y que puedo negarme a firmar. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o recibir el pago de mi compañía de seguros. Tampoco afectarán mi elegibilidad para los beneficios. Entiendo que al firmar este formulario, declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento, autorizar el uso o divulgación de información de salud protegida y declarar que no hay reclamos u órdenes pendientes o vigentes que prohibirían, limitarían o restringirán mi capacidad de autorizar el uso o divulgación de esta información de salud protegida. Entiendo que una vez que se divulgue mi información, pueden volver a divulgar a terceros en otros medios.

Esta autorización permanecerá vigente hasta la revocación. Puede proporcionar dicha notificación enviando su solicitud por escrito al Especialista en Azar Foot & Ankle, 9675 Monte Vista Suite E, Montclair CA 91763

Firma del paciente / visitante o del representante legal del paciente / visitante: _____

Fecha _____

**** (Si firma como representante, indique su relación con el nombre impreso del paciente / visitante o el representante del paciente / visitante: Poder notarial del padre / tutor) **** _____



Registro confidencial de la oficina

| | | | |
|---|--------------|--------------------------------|--|
| Datos del paciente / Números de emergencia | | Fecha | Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizar <input type="checkbox"/> |
| Nombre: | SN: | Apellido: | Ocupación |
| SS: | Sexo: | Edad: | FDN: |
| Tamaño del Zapato: | | | |
| En Caso de Emergencia: | | Farmacia de Preferencia | |
| Nombre: _____ | | Nombre: _____ | |
| # de Teléfono: _____ | | # de Telefono: _____ | |

Historial médico del paciente

¿Ha tenido / ha sido tratado por:

☐ Dolor de espalda baja ☐ Problemas en los pies de la infancia ☐ Fractura de hueso del pie ☐ Dedos de martillo
☐ Entumecimiento ☐ Úlceras de pierna o pie ☐ Lesión en el tobillo ☐ Dolor de rodilla ☐ Pies de arco alto ☐ Juanetes
☐ Uñas encarnadas ☐ Neuroma ☐ Erupción ☐ Dolor en el talón
☐ Dolor de arco ☐ Pie plano ☐ Callos / callosidades
☐ Verrugas ☐ Pie de atleta ☐ Ninguno de esos

¿Qué porcentaje de tus horas despierto estás de pie? (Marque uno)

☐ 20% ☐ 40% ☐ 60% ☐ 80% ☐ 100%

Enumere el deporte / tipo de baile en el que está activo: _____

¿Le duelen los pies de noche? ☐ Si ☐ No

¿Tiene dificultad para caminar? ☐ Si ☐ No

¿Tiene calambres en las piernas? ☐ Si ☐ No

¿Algún dolor en las pantorrillas o las nalgas al caminar? ☐ Si ☐ No

¿Se alivia el dolor con el descanso? ☐ Si ☐ No

¿Tiene o alguna vez ha sido tratado por:

☐ Derrame Cerebral ☐ Flebitis ☐ Anemia ☐ Hepatitis
☐ Asma ☐ Artritis ☐ Epilepsia ☐ Hueso roto ☐ Escarlatina
☐ Glaucoma ☐ Ataque al corazón ☐ Mala circulación
☐ Diabetes ☐ Enfermedad del hígado ☐ Enfermedad pulmonar
☐ Gota ☐ Trastorno nervioso ☐ Osteoporosis ☐ Fiebre reumática
☐ Cáncer ☐ Alta presión sanguínea ☐ Una condición del corazón ☐ Enfermedad vascular ☐ Enfermedad del riñón
☐ Tuberculosis ☐ Enfermedad de Lyme ☐ Desorden psiquiátrico
☐ Cicatrices queloides/ gruesas ☐ Úlcera estomacal
☐ Ninguno de esos

¿Tienes injertos vasculares? (En caso afirmativo, explique a continuación) ☐ Si ☐ No

¿Tienes implantes articulares? (En caso afirmativo, explique a continuación) ☐ Si ☐ No

¿Tiene válvulas cardíacas de reemplazo? ☐ Si ☐ No

¿Estás ahora bajo quimioterapia activa? ☐ Si ☐ No

¿Has tenido alguna otra enfermedad grave? (Listado abajo)

Liste la relación con usted de los miembros de la familia que han tenido:

Diabetes: _____ Artritis: _____

Carrera: _____ Cáncer: _____

Problemas de pie: _____

Ataque al corazón: _____

Alta presión sanguínea: _____

Defectos de nacimiento: _____

de nacimientos infantiles: ____ ¿Está actualmente embarazada? ☐ Si ☐ No

¿Eres lento para sanar después de los cortes? ☐ Si ☐ No

¿Algún hematoma abdominal, súplica o cicatrización? ☐ Si ☐ No

¿Estás tomando insulina? ☐ Si ☐ No

¿Actualmente estás tomando otros medicamentos? ☐ Si ☐ No

¿Medicamento para qué problema? ¿Por cuánto tiempo?

¿Fumas ahora? ☐ Si ☐ No Paquetes/ día _____ Años: _____

¿Alguna vez fumaste? ☐ Si ☐ No Paquetes/ día: _____ Años: _____

Si renunció, ¿cuándo lo hizo?: _____

¿Bebidas alcohólicas? (Marque uno)

☐ Ninguno ☐ Raramente ☐ Moderadamente ☐ A diario ☐ Dejo

¿Drogas recreativas? (Marque uno)

☐ Ninguno ☐ Raramente ☐ Moderadamente ☐ A diario ☐ Dejo

Alergias: ¿Hay antecedentes de reacción cutánea u otra reacción externa? o enfermedad después de la inyección, administración oral o tópica de:

Penicilina: _____

Otros antibióticos (lista abajo): _____

Morfina: _____

Codeína: _____

Demerol: _____

Otros narcóticos (lista abajo): _____

AZAR Foot & Ankle Specialist



Si/No

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha sido bajo atención médica durante 24 horas? Si/No

¿Has tenido alguna cirugía? Si/No

Se sometió a cirugía para: Fecha de la cirugía: con / complicaciones de:

¿Algo más que quieras decirle al médico? Si/No

Enfermedades /

Explicaciones:

Novocaína : _____

Otros anestésicos (lista abajo) : _____

Aspirina: _____

Empirin, Tylenol (en caso afirmativo, circular) : _____

Advil, Aleve o Motrin (círculo) : _____

Otros remedios para el dolor (lista abajo): _____

Medicamentos de sulfa: _____

Cinta adhesiva: _____

Camarones, Yodo o Merthiolate: _____

Cualquier otra droga o medicamento : _____

Alérgico a / Reacción:

Algún otro problema que tenga que guste decirle al Doctor:



Room# _____

9675 Monte Vista Ave, Suite D

Montclair, CA 91763

T: 213-537-2927 F: 909-385-1690

Historial Medico Podiatrico

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma _____ Fecha _____

Aviso al firmar arriba usted está de acuerdo que cualquier EDM ordenado puede ser entregado o enviado al lugar de residencia del paciente, si el paciente/padre/ guardián falla en recoger el artículo en los próximos 6 meses; el artículo será cobrado a la seguridad del paciente y adjunto a una forma de entrega. Todos los artículos tienen una política de devolución limitada, excepto los artículos personalizados que no se pueden devolver una vez dispensados o enviados por correo.

¿Cuál es la queja principal por la que vino a ser tratado?: _____

¿Alguna vez has ido al podólogo? ☐ Si ☐ No: Fecha de la última visita: _____ Razón _____¿Eres diabético? ☐ Si ☐ No: Cuántos años: _____ Último A1C: _____ Tamaño de zapato diabético: _____

Última visita al médico primario: _____ Altura: _____ Peso: _____

Circule todo lo que corresponda: ¿usted o alguien de su familia tiene antecedentes de diabetes, artritis o mala circulación? ☐ Si ☐ No Indicar quien: _____

¿Fumas/ fumaste alguna vez? ☐ Si ☐ No Cuántos años _____ En diálisis ☐ Si ☐ No Cuántos años _____

Actividades deportivas en las que participa (indique e indique la frecuencia): _____

Cambio de medicación: ☐ Si ☐ No _____

Indique qué problemas de pie tiene ahora o ha tenido en el pasado

- ☐ Calambres o entumecimiento en pies o piernas mientras duerme, camina o se sienta
- ☐ Pie de atleta o picazón en los pies
- ☐ Uñas fúngicas
- ☐ Callos y callosidades
- ☐ Juanete y dedo en martillo

- ☐ Pie plano dolor en el pie o el arco
- ☐ Dolor en el talón
- ☐ Dolor de tobillo
- ☐ Uñas encarnadas
- ☐ Verrugas plantares
- ☐ Hinchazón en tobillos, pies
- ☐ Pies cansados
- ☐ Otro: _____

OFFICE USE ONLY Room# _____

WEIGHT: _____ B/P: _____ TEMP: _____ Last PCP visit: _____

CPT'S APPROVED FOR TODAY'S VISITS: _____

| | | | |
|------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Insurance: _____ | Deductibles: _____ | Coinsurance: _____ | Copay: _____ |
|------------------|--------------------|--------------------|--------------|

OFFICE VISITS / NURSE VISIT/ TRAINING

- ☐ 99203 - OV NEW PT 30 MINS
- ☐ 99204 - OV NEW PT 45 MINS
- ☐ 99205 - OV NEW PT 60 MINS
- ☐ 99213 - OV EST PT 15 MINS
- ☐ 99214 - OV EST PT 25 MINS
- ☐ 99215 - OV EST PT 40 MINS
- ☐ 99211 - OFFICE VISIT with NURSE
- ☐ 97032 - ULTRASOUND
- ☐ S0395 - CASTING INSERTS/SCANS
- ☐ 97760 - ORTHOTICS (MANAGEMENT TRAINING)

ULCER DEBRIDEMENT

- ☐ 97602 - Bandage Change
- ☐ 97505 - Wound Vac change
- ☐ 97597 - OPEN WOUND 1ST 20 SQ CM/ Hydro
- ☐ 11042 - SUBCUTANEOUS TISSUE DEBRIDEMENT
- ☐ 11043 - MUSCLE &/OR FASCIA DEBRIDEMENT
- ☐ 11044 - BONE DEBRIDEMENT 20 SQ CM
- ☐ 20220 - Bone Biopsy

MODIFIER

- ☐ 11056/57 - CORN/CALLUS 2-4/ 4+ LESION
- ☐ 11720 - DEBRIDEMENT OF NAIL ONE TO FIVE
- ☐ G0127- TRIMMING OF DYSTROPHIC NAIL

INGROWN NAIL & BIOPSY

- ☐ 11730 - AVULSION OF NAIL PLATE SINGLE
- ☐ 11732 - AVULSION OF NAIL PLATE EACH ADDITIONAL NAIL PLATE
- ☐ 11750 - EXCISION OF NAIL AND NAIL MATRIX
- ☐ 11755 - BIOPSY OF NAIL UNIT
- ☐ 11102 - BIOPSY OF SKIN SINGLE LESION (SHAVE, SCOOP, SAUCERIZE, CURETTE)
- ☐ 17110 - WART Destruction of Benign Lesion
- ☐ 11200 - SKIN TAG REMOVAL

CAST

- ☐ 29425 - APPLICATION OF SHORT LEG CAST
- ☐ 29445 - APP OF RIGID TOTAL CONTACT LEG CAST
- ☐ 29515 - POSTERIOR SPLINT
- ☐ Q4038 - CAST SUPPLIES, SHORT LEG CAST
- ☐ 29700 - CAST REMOVAL

ORTHOTIC

- ☐ L3000- FOOT INSERTS CUSTOM

TAPING

- ☐ 29540 - STRAPPING: ANKLE AND/OR FOOT
- ☐ 29580 - STRAPPING: UNNA BOOT

INJECTION

- ☐ 20605 - Injection Ankle
- ☐ 64455 - Injection Metatarsal with steroid
- ☐ 20550 - Inj Heel: SINGLE TENDON/SHEATH/LIG
- ☐ J1100 - DEXAMETHASONE
- ☐ J3301 - TRIAMCINOLONE

- ☐ 76942 Ultrasonic Guidance Procedures

GRAFTS

- ☐ 15275 - SKIN SUBSTITUTE GRAFT APPLICATION
- ☐ Q4173 - PALINGEN OR XPLUS (4X4 16 UNITS)
- ☐ Q4158 - KEREICIS

MA INITIALS

: _____

DME

- ☐ L1940 - AFO Arizona Custom Brace
 - ☐ L2330 - Additional - LE MOLDED
 - ☐ L2820 - Additional - SOFT INTERFACE
- ☐ L1960 - AFO Drop foot custom, no hinge
 - ☐ L2820 - Additional - SOFT INTERFACE
- ☐ L1970 - AFO Richie Brace Custom with hinge
- ☐ L2220 - Additional - Hinge ASSISTANT for AFO
- ☐ L3030 - Additional - AFO with removal insert
- ☐ L4361 - CAM WALKING BOOT
- ☐ L4397 - Night Splint STATIC OR DYNAMIC AFO
- ☐ L3260 - POST OP SHOE [IEHP]
- ☐ L3310 - EvenUp [IEHP]
- ☐ L1906 - Ankle Sleeve [IEHP]
- ☐ L1902 - Ankle Brace (laces)

DM SHOES

- ☐ A5500 - DM SHOES / NON DM - L3224/5♀ (2)
- ☐ A5513 - DM INSERT (6)
- ☐ L5000 - DM insert with filler
- ☐ L3031 - SHANK

Patient will need

- ☐ LFT
- ☐ X-ray b/I Foot
- ☐ X-ray Ankle Rt or LT
- ☐ MRI Foot Rt or LT
- ☐ MRI Ankle Rt or LT
- ☐ Circulation: VIP, Radnet, Provascular, other
- ☐ Topical Antifungal Cream
- ☐ Topical AntiPain Cream
- ☐ Pain Medication
- ☐ Lidocaine Patches
- ☐ Antibiotics
- ☐ Dalavance, Nuzyra
- ☐ Santyl, Wound Vac, Grafts
- ☐ Patient wants Surgery
- ☐ ABI (93922, 93923)

Work Status: OFF WORK, FULL DUTY OR LIGHT DUTY

: _____

FOLLOW UP APPOINTMENT: _____

- ☐ RIOS SOUTH PC FOLLOW UP 90 DAYS
- ☐ PC FOLLOW UP 60-90 DAYS

Notes _____
