

**POR FAVOR, IMPRIMIR. POR EFECTOS DE FACTURACION, REQUERIMOS QUE E** Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

M  F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo Licencia/Estado ID#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ APT #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Profesión:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre de la pareja/persona responsable:** \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico primario? \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

**SEGURO PRIMARIO**

**SEGURO SECUNDARIO**

Nombre de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

SI MISMO~PAREJA~PADRES

SI MISMO~PAREJA~PADRES

SSN# del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

ID/Poliza #: \_\_\_\_\_

Número del Grupo: \_\_\_\_\_

PPO  EPO  HMO

PPO  EPO  HMO

Nombre del grupo médico primario: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo médico primario: \_\_\_\_\_

El paciente es responsable de todos los honorarios independientemente de la cobertura del seguro. La responsabilidad financiera del paciente será cancelada en el momento del servicio. Esto incluye deducibles, copagos y co-seguros.

**AUTORIZACION Y ASIGNACION**

Por la presente autorizo a Achilles Prosthetics and Orthotics para proporcionar información a las compañías de seguros en relación con mi enfermedad y tratamientos. Por este medio asigno a la empresa mencionada anteriormente todos los pagos por los servicios médicos prestados.

**POR FAVOR  
COMPLETE EL OTRO LADO.**

**Firma del paciente/guardián:** \_\_\_\_\_

Nombre del guardián (por favor, imprimir): \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Cambio de peso reciente? No:  Sí:  Cuanto? \_\_\_\_\_

### Ha tenido o tiene usted actualmente con lo siguiente:

Problemas del corazón:	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C:	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de alzheimer:	<input type="checkbox"/>
Ataque del corazón:	<input type="checkbox"/>	Sifilis:	<input type="checkbox"/>	Crisis nerviosa:	<input type="checkbox"/>
Hipertension:	<input type="checkbox"/>	VIH positivo:	<input type="checkbox"/>	Problemas psiquiatricos:	<input type="checkbox"/>
Problemas vasculares:	<input type="checkbox"/>	Artritis remautoidea:	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo:	<input type="checkbox"/>
Derames cerebrales :	<input type="checkbox"/>	Obesidad:	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis:	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del riñon:	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar:	<input type="checkbox"/>	Perdida de audicion	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis:	<input type="checkbox"/>	Problemas de la vision	<input type="checkbox"/>	Actualmente en embarazo:	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A o B	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson:	<input type="checkbox"/>	MRSA:	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis:	<input type="checkbox"/>	Gota:	<input type="checkbox"/>		
Ulceras:	<input type="checkbox"/>	Alergias:	_____		

### Indiqué cualquier otra condición la cual que puede afectar su tratamiento:

(incluya fechas y describa las cirugías) \_\_\_\_\_

¿Esta tomando medicamentos? No:  Sí:  En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

Amputaciones: No:  Sí:  Dónde y de qué lado? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha visto un ortesista o protesista? No:  Sí:  En caso afirmativo, indique:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido alguna órtesis o prótesis? No:  Sí:  En caso afirmativo, indique:

Artículo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por otras enfermedades? No:  Sí:  En caso afirmativo, indique:

## HISTORIAL DE LESIONES O ACCIDENTES

Fecha de la lesion: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM or PM

Por favor describa como la lesión o accidente ocurrió: \_\_\_\_\_

Queja: \_\_\_\_\_

Dónde ocurrió la lesión o accidente?:

En el trabajo: Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Número de reclamo #: \_\_\_\_\_

Accidente de tráfico: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

En casa: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

## AVISO de HIPAA y POLIZA de PRIVACIDAD

Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) es una ley federal que, entre otras cosas, establece un marco para la protección de la información del paciente de salud identificable, que se refiere a la Información de la Salud como protegida (PHI). Este Aviso de prácticas de privacidad no es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios de negocios y sus subcontratistas, utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, condición de salud física o mental presente o futuro y los servicios de salud relacionados.

### USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento a los efectos de la prestación de servicios de atención de salud para usted, para pagar sus cuentas de atención médica, para apoyar la operación de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido, los vendedores de DME, centros de cirugía / hospitales, médicos de referencia, médico de familia, terapeutas físicos, los proveedores de salud en el hogar, los laboratorios, los ajustadores de compensación al trabajador, caso de la enfermera gerentes, etc., para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

**Pago:** Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia en el hospital, la cirugía, la resonancia magnética o la otra prueba de diagnóstico, los procedimientos de inyección, la serie de la inyección, terapia física, etc., pueden requerir que su información protegida de salud relevante compartida con su plan de salud para obtener la aprobación para el procedimiento .

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, las licencias, la recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de inscripción en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita, y le informará acerca de las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Si usamos o divulgamos su información médica protegida para actividades de recaudación de fondos, le daremos la opción de optar por esas actividades. También puede optar de nuevo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como exige la ley, cuestiones de salud pública como lo requiere la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud, abuso o negligencia, las necesidades de alimentos y de administración de medicamentos, procedimientos judiciales, policiales, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, la investigación penal actividad, la actividad militar y la seguridad nacional, la indemnización de los trabajadores, los presos y otros usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, también tenemos que revelar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la sección 164.500.

### USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán sólo con su consentimiento, autorización o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su información de salud protegida con fines de comercialización. Es posible que no venderá su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar o divulgar las notas de psicoterapia más contenidos en su información de salud protegida. No vamos a usar o divulgar su información de salud protegida que contiene la información genética que se utilizará para fines de suscripción.

Usted puede revocar la autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o divulgación indicada en la autorización.

## **SUS DERECHOS**

Los siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (de pago)** - De conformidad con su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar o copiar su información médica protegida, ya sea en papel o formato electrónico. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable, o su uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento, la información de salud protegida restringido por la ley, la información que se relaciona con la investigación médica en la que han aceptado participar, información cuya divulgación puede resultar en daños o lesiones a usted u otra persona, o información que fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

**Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida** - Esto significa que usted puede pedirnos no usar o divulgar cualquier parte de su información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será divulgada a los miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción se aplica. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, excepto si usted solicita que el practicante no divulga información de salud protegida a su plan de salud con respecto a la asistencia sanitaria para el que ha pagado en su totalidad de su bolsillo.

**Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales** - Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a petición, incluso si usted ha acordado aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

**Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida** - Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

**Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones** - Usted tiene el derecho de recibir un informe de divulgaciones, papel o electrónico, a excepción de las divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que se produjo antes del 14 de abril de 2003, o seis años anteriores a la fecha de la solicitud.

**Usted tiene el derecho a recibir una notificación de incumplimiento** - Te avisaremos si su información médica protegida sin garantía ha sido violada.

**Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso** de nosotros, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También vamos a hacer copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener uno.

## **QUEJAS**

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nuestro oficial de cumplimiento de HIPAA, Daniel J. Newton, CP, al (661) 323-5944. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigente. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con un miembro de nuestro personal de la oficina en persona o por teléfono en el número principal de su oficina que proporciona.

## PROTESIS Y ORTESIS INFORMACIÓN SOBRE LA GARANTÍA Y POLÍTICA DE DEVOLUCIONES

Productos ortopédicos personalizados tienen una garantía de 60 días las piezas defectuosas y mano de obra. Productos ortopédicos fabricados previamente tienen una garantía de 30 días las piezas defectuosas y mano de obra. Productos protésicos tienen una garantía de 6 meses las piezas defectuosas y mano de obra. Achilles Prosthetics and Orthotics, Inc. también honrará cualquier fabricante (piezas) de garantía que se aplica a cualquier producto que ofrecemos al paciente. Achilles Prosthetics and Orthotics, Inc. se notificará a todos los beneficiarios de Medicare de la cobertura de la garantía y vamos a honrar a todas las garantías bajo la ley aplicable. Achilles Prosthetics and Orthotics Inc. reparará o reemplazará, sin costo alguno, los equipos cubiertos por Medicare que se encuentra bajo garantía. Además, un manual del propietario con información sobre la garantía se proporcionará a los beneficiarios de todo el equipo médico duradero en este manual está disponible.

Achilles Prosthetics and Orthotics, Inc. aceptarán devoluciones de *(menos de calidad total para un artículo en particular)* o artículos no aptos *(inapropiados para el beneficiario en el momento en que fue incorporado o vendido)* de beneficiarios según lo determinado por el consenso de beneficiario y practicante. Productos ortopédicos no pueden ser devueltos por cualquier otra razón. Serán honrados Todas las garantías.

Productos mastectomía *(Formas de mama, sujetadores, camisolas, etc.)* y zapatos ortopédicos *(incluyendo inserciones)* son **NO Retornables NO Reembolsable** una vez que el producto ha sido en forma y el producto sale de los locales. La única excepción a esto es un defecto del fabricante verificable de que el fabricante se compromete a acreditar *Achilles Prosthetics and Orthotics Inc.*

He leído y entendido la cobertura de la garantía y política de devoluciones de los productos que se le proporcionará.

**\*\* Todos los productos solicitados en pacientes solicitan sin conexión también son NO Retornables. \*\***