

Bienvenido a Nuestra Oficina **Connie Wong, DPM** **Ki Yi, DPM** IMPRIMA, POR FAVOR

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Gender: M / H	Fecha de Nacimiento
Nombre de Esposo(a), Padre, Madre o Guardian del Menor				
Direccion de Residencia	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Estado Martial
Número de teléfono	Numero de Seguro Social			
A quien podemos Agradecer por Referirlo		Nombre y Numero Telefonico d la Persona que Podemos contactar en caso de Emergencia		

Enumere todas las Condiciones Medicas Que Usted Tenga (Impedimentos, Alergias, etc.)

Nombre de su Doctor Regular	Esta Usted Bajo el Cuidado de su Doctor Regular		
Por Caul Condicion Medica	Quando fue la Ultima Vez?	Podemos Contactar a su Doctor?	
Ha sido Tratado pur un Doctor de los pies(Podiatra)?	Quando?	Por Que?	Nombre de Podiatra

La Razon Por la Que Viene a Ver al Doctor es:

Esta condicion ha existido por cuando tiempo?	Esta usted Embarazada en este momento?
---	--

Que Medicamentos esta Tomando Usted Actualmente?

Tiene Usted o ha Alguna de las Siguietes Condicions:				Es Usted Alerigico a:			
Trauma en Pies/ Piernas	SI / NO	Diabetis	SI / NO	Anemia	SI / NO	Novocaina	SI / NO
Cirugia de Pies/Piernas	SI / NO	Problemas del Corazon	SI / NO	Gota	SI / NO	Penicillina	SI / NO
Calambre de Pies/Piernas	SI / NO	Epilepsia	SI / NO	Desamayos	SI / NO	Adesivo	SI / NO
Pies/Piernas adormecidas	SI / NO	Problemas del Higado	SI / NO	Sangra muy facilmente	SI / NO	Materiales	SI / NO
Dolor de Rodillas	SI / NO	Problemas de los Rinones	SI / NO	Problemas de la sangre	SI / NO	Drogos	SI / NO
Diferente largo de piernas	SI / NO	Fibre Reumatica	SI / NO	Problemas de circulacion	SI / NO	Alimentos	SI / NO
Tobillo Debiles	SI / NO	Persion Alta	SI / NO	Endurecimiento de arterias	SI / NO	Otros	SI / NO
Juanetes	SI / NO	Polio	SI / NO	Venas Varicosas	SI / NO		
Problemas de la Piel/Pies	SI / NO	Bursitis	SI / NO	Arthritis	SI / NO		
Problemas de las unas	SI / NO	Ulceras en el Estomago	SI / NO	Cancer	SI / NO		
Dolor de espalda	SI / NO	Asma	SI / NO	Propenso a infecciones	SI / NO		

Yo autorizo al Doctor Connie Wong, DPM / Ki Yi, DPM para examinar y tratar mis pies.

Firma del Paciente, Padre, Madre o Guardian: _____ Fecha: _____

CONNIE WONG, DPM and KI SANG YI, DPM INC.

1703 Termino Ave, Suite 103, Long Beach, CA 90804

V: 562-597-5100 F: 562-597-5165

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que lo he leído (o he tenido la oportunidad de leerlo si así lo he deseado) y lo he comprendido.

ACUERDO DE PAGO DE SERVICIOS

Gracias por elegir a Connie Wong, DPM y Ki Sang Yi, DPM INC. Aceptamos la mayoría de los planes de seguro y estamos afiliados a muchos planes de atención médica.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de su factura.

Es su responsabilidad conocer las limitaciones de su plan, los requisitos de precertificación, los deducibles, etc., a fin de evitar cargos inesperados no cubiertos. Como cortesía hacia todos nuestros pacientes, facturaremos a su compañía de seguros.

Los copagos y/o deducibles deben abonarse en la fecha del servicio, a menos que se hayan realizado acuerdos financieros previos. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

LOS RECORDATORIOS DE CITAS SE REALIZAN COMO CORTESÍA.

Entiendo que hay un cargo de **\$40** por inasistencia a la cita si no se cancela con 24 horas de antelación.

Nombre del paciente (por favor, imprimir)

Fecha

Padre/Madre o representante autorizado (si corresponde)

Firma

CONNIE WONG, DPM and KI SANG YI, DPM INC.

1703 Termino Ave, Suite 103, Long Beach, CA 90804

V: 562-597-5100 F: 562-597-5165

En general, la Regla de Privacidad de la HIPAA otorga a los individuos el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). Asimismo, se confiere al individuo el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales, o bien que la comunicación de la PHI se realice por medios alternativos; por ejemplo, enviando la correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su domicilio particular.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las opciones que correspondan):

CONTACTO POR TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Nuestra oficina utiliza el teléfono y el correo electrónico como medios de comunicación con nuestros pacientes (es decir, la política de nuestra oficina requiere que el personal llame a los pacientes el día anterior para recordarles su cita o para comunicarles otra información).

Autorizo el contacto telefónico.

Número de teléfono de casa: _____

Número de celular: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Autorizo el contacto por correo electrónico.

Email: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO DE MENSAJES DE TEXTO

Al firmar este formulario, autorizo a Connie Wong, DPM y a Ki Sang Yi, DPM Inc. a enviar mensajes de texto a mi teléfono celular. Entiendo que se aplicarán las tarifas de mensajería de texto a cualquier mensaje recibido de parte de Connie Wong, DPM y Ki Sang Yi, DPM Inc. También entiendo que tanto yo como Connie Wong, DPM y Ki Sang Yi, DPM Inc. podemos revocar este permiso por escrito en cualquier momento. Acepto no responsabilizar a Connie Wong, DPM ni a Ki Sang Yi, DPM Inc. de ningún cargo o tarifa de mensajería electrónica generada por este servicio. Asimismo, acepto que, en caso de que cambie mi número de contacto o de teléfono celular, les informaré de dicho cambio; de lo contrario, asumiré la responsabilidad por cualquier tarifa o cargo en el que se incurra.

Nombre: _____ Número de celular: _____

Este formulario de autorización permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito por mí o por Connie Wong, DPM y Ki Sang Yi, DPM Inc.

Firma: _____

Fecha: _____

Aviso de privacidad: El servicio de mensajería de texto se ofrece como un servicio para los miembros. Su información no será compartida ni distribuida de ninguna manera.