

Pacientes Nuevos

**Gracias por elegir el consultorio de la Dra. Ashleigh E. Korves, DPM,
FASPS**

**Por favor, planee llegar 15 minutos antes de la hora de su cita
para registrarse.**

Requisitos para registrarse:

- **Identificación válida con fotografía**
 - **Tarjetas de seguro médico**
- **Este paquete de formularios completamente llenado**

¿No puede imprimir los formularios?

**Llame a nuestra oficina al (707) 575-6033 para solicitar que se los
enviemos por correo, o llegue 30 minutos antes para
completarlos. Los formularios incompletos al registrarse pueden
requerir que su cita sea reprogramada.**

Phone: (707) 575-6033

Ashleigh E. Korves, DPM, FASPS
4750 Hoen Avenue Suite B
Santa Rosa, CA, 95405

Fax: (707) 573-6157

Bienvenido/a a nuestra práctica

Complete los Formularios para Pacientes Nuevos adjuntos antes de la hora programada de su cita. Además, le pedimos que no los envíe por correo, ya que no podemos garantizar su recepción. Si sus formularios no están completos a la hora de su cita, es posible que sea necesario reprogramarla.

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, requerimos un aviso con 24 horas de anticipación. Si no recibimos el aviso adecuado, se le puede cobrar una tarifa de \$50 a \$85, según el tipo de cita. Esta tarifa no es pagada por su compañía de seguros.

Le pedimos que traiga una lista de todos sus medicamentos y suplementos a su primera visita con nosotros. Esto incluye medicamentos recetados, vitaminas y suplementos, y cualquier medicamento de venta libre que tome con regularidad.

Somos el edificio color café ubicado directamente en la esquina de Summerfield y Hoen Ave, y compartimos el edificio con All Tails Wagging Veterinary Clinic.

Renovación de Recetas:

Para renovar una receta, comuníquese con su farmacia al menos 3 días hábiles antes de que se le termine el medicamento.

Las recetas solo se renovarán para pacientes que estén bajo atención continua. No se recetarán narcóticos fuera del horario de oficina sin que un médico evalúe al paciente.

Honorarios, Pagos y Seguro Médico:

Somos médicos participantes de Medicare. También tenemos contrato con diversos planes de seguro. Consulte el número de servicio al cliente al reverso de su tarjeta de seguro y llame para verificar que participamos en su plan. Usted debe conocer sus costos médicos. Si lo solicita, nuestro personal le proporcionará por adelantado un estimado de los cargos de su visita.

Tenga en cuenta: El acuerdo que usted tiene con su compañía de seguros no afecta su responsabilidad de pago; en última instancia, todos los cargos son responsabilidad suya.

Usted será responsable económicamente por copagos, deducibles, saldos y servicios no cubiertos. Nosotros enviaremos las reclamaciones a las compañías de seguros por usted. Es esencial que nos proporcione la información de seguro más actualizada y correcta. Si su seguro cambia durante su atención en nuestra oficina, infórmenos de inmediato.

Nuestro Compromiso:

Nos comprometemos a mantener los más altos estándares de atención al paciente. Valoramos y respetamos a cada paciente y procuramos brindar una atención compasiva, personalizada y de alta calidad en un entorno seguro y de apoyo.

Phone: (707) 575-6033

Ashleigh E. Korves, DPM, FASPS
4750 Hoen Avenue Suite B
Santa Rosa, CA, 95405

Fax: (707) 573-6157

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Género: _____ Pronombres preferidos: _____

Domicilio:

Dirección postal:

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Contacto preferido (marque uno) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

Correo electrónico: _____

Médico de atención primaria: _____ Proveedor remitente: _____

Etnicidad (marque una):

- ☐ Hispano/Latino
☐ No Hispano/Latino

Raza (marque una):

- ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano
☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
☐ Indígena americano/Nativo de Alaska

Idioma preferido: _____ Otro: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____

SOLO MENORES DE EDAD

Nombre completo de la madre: _____ Teléfono: _____

Nombre completo del padre: _____ Teléfono: _____

Información del garante (¿Quién es responsable del pago, si no es usted?):

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Phone: (707) 575-6033

Ashleigh E. Korves, DPM, FASPS
4750 Hoen Avenue Suite B
Santa Rosa, CA, 95405

Fax: (707) 573-6157

HIPAA
Formulario de Autorización de Acceso para Familiar/Amigo

Yo, _____, instruyo a mis proveedores de atención médica y servicios médicos, y a las entidades pagadoras, a divulgar y entregar mi información médica protegida descrita a continuación a:

Nombre: _____ Relación: _____

Información de contacto: _____

Información de salud que se divulgará a solicitud de la persona nombrada anteriormente (Marque A o B):

- A. Divulgar mi expediente médico completo (incluyendo, entre otros, diagnósticos, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación, para todas las condiciones)

☐

- B. Divulgar mi expediente médico, como se indicó anteriormente, pero NO divulgar lo siguiente (marque lo que corresponda):

- ☐ Registros de salud mental
☐ Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA)
☐ Tratamiento por abuso de alcohol/drogas
☐ Otro (especifique): _____

Forma de divulgación (a menos que mi proveedor y la persona designada acuerden mutuamente otro formato):

- ☐ Expediente electrónico o acceso mediante un portal en línea
☐ Copia impresa

Esta autorización permanecerá vigente hasta (marque una opción):

- ☐ Todos los períodos pasados, presentes y futuros

☐

☐ Fecha o evento: _____

a menos que yo la revoque. (NOTA: Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando a sus proveedores de atención médica, preferiblemente por escrito.)

Nombre de la persona que otorga esta autorización

Fecha de nacimiento

Firma de la persona que otorga esta autorización

Fecha

Attenda Medical Group, Inc. ("Attenda", "nosotros" o "nuestro") está obligada por ley a proteger la privacidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y cumplir con el aviso actualmente vigente.

CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Podemos usar o compartir su PHI para brindarle tratamiento y coordinar su atención; facturarle a usted, a su plan de salud o a otras partes responsables; y operar nuestra práctica. Las operaciones incluyen mejora de la calidad, capacitación del personal, auditorías, acreditación, cumplimiento normativo, administración del negocio y contacto con usted acerca de citas, atención de seguimiento, alternativas de tratamiento o servicios relacionados con la salud.

Otros usos o divulgaciones permitidos o exigidos por la ley. Podemos usar o compartir su PHI cuando la ley lo permita o lo exija para actividades de salud y seguridad pública; reportar abuso o negligencia; supervisión de la salud; compensación laboral; donación de órganos; médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias; investigaciones que cumplan con los requisitos legales; ciertos procedimientos judiciales o administrativos; fuerzas del orden y otras funciones gubernamentales; y otras divulgaciones exigidas por leyes federales, estatales o locales.

Familiares, amigos y otras personas involucradas en su atención. A menos que usted se oponga, podemos compartir información pertinente con un familiar, amigo u otra persona involucrada en su atención o en el pago de su atención cuando la ley lo permita. Si usted no puede expresar su preferencia, podemos compartir información cuando esté legalmente permitido y consideremos que es lo mejor para usted o que sea necesario para abordar una amenaza grave e inminente.

Autorización por escrito. Obtendremos su autorización por escrito para los usos o divulgaciones que no estén permitidos de otro modo por la ley, incluyendo mercadeo cuando se requiera autorización, la venta de PHI y la mayoría de los usos o divulgaciones de notas de psicoterapia. Usted puede revocar una autorización por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en ella.

SUS DERECHOS

- Acceder a sus registros. Puede inspeccionar u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y de otra PHI que mantengamos sobre usted. Responderemos dentro del plazo exigido por la ley y podremos cobrar una tarifa razonable basada en costos cuando esté permitido.
- Pedirnos que corrijamos sus registros. Puede solicitar la corrección de información que considere incorrecta o incompleta. Podemos denegar una solicitud en determinadas circunstancias y explicaremos la denegación según lo exija la ley.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en un lugar diferente. Atenderemos las solicitudes razonables.
- Pedirnos que limitemos el uso o la divulgación. Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta PHI para tratamiento, pago u operaciones. No siempre estamos obligados a aceptar. Si paga de su bolsillo y en su totalidad por un artículo o servicio, puede pedirnos que no divulguemos información sobre ese artículo o servicio a su plan de salud para fines de pago u operaciones; cumpliremos con la solicitud a menos que la divulgación sea exigida por la ley.
- Recibir un informe de determinadas divulgaciones. Puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones realizadas durante los seis años anteriores a su solicitud. La lista no incluye todas las divulgaciones, incluidas muchas realizadas para tratamiento, pago u operaciones.

- Obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre. Un representante personal legalmente autorizado puede ejercer sus derechos de privacidad, sujeto a la verificación de dicha autoridad.
- Presentar una queja. Puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

PROTECCIONES ADICIONALES DE PRIVACIDAD

Cierta información puede recibir mayor protección conforme a las leyes de California u otras leyes aplicables. Cuando otra ley brinde una protección de privacidad mayor que HIPAA, cumpliremos con la ley que brinde mayor protección. En la medida en que Attenda reciba, cree o mantenga registros sobre trastornos por consumo de sustancias protegidos por 42 CFR Parte 2, dichos registros están sujetos a protecciones adicionales de confidencialidad, incluidos límites sobre su uso en procedimientos legales contra un paciente, salvo que exista la autorización exigida por la ley.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Debemos mantener la privacidad y seguridad de su PHI, notificarle después de una violación de seguridad cuando lo exija la ley y cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en el aviso actualmente vigente. Podemos modificar este aviso y hacer que el aviso revisado sea aplicable a la PHI que ya tenemos y a la información que recibamos en el futuro. El aviso vigente estará disponible en nuestra oficina, a solicitud, y en cualquier sitio web que mantengamos y que describa nuestros servicios.

PREGUNTAS O QUEJAS

Oficial de Privacidad Linda Smith

Teléfono 707-575-6033

Correo electrónico linda@attendamed.com

Dirección Attenda Medical Group, 4750 Hoen Avenue, Suite B, Santa Rosa, CA 95405

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775. Attenda no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido, o que se me ha ofrecido la oportunidad de recibir, una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Attenda Medical Group, Inc. Mi firma únicamente confirma la recepción del aviso o la oportunidad de recibirlo; no autoriza ningún uso o divulgación de mi información de salud más allá de lo permitido por la ley.

Nombre del paciente (letra de molde)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Tutor legal/Representante personal (si corresponde)

Relación con el paciente

Firma del Tutor legal/Representante personal

Fecha

Política Financiera de Attenda Medical Group, Inc

Los médicos y el personal de Attenda Medical Group, Inc. se comprometen a brindarle la mejor atención médica posible. A continuación se presenta nuestra Política Financiera.

- Los pacientes deben completar todos los formularios. Se hará una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro y de su identificación para su expediente.
- Su copago del seguro vence al momento de recibir el servicio. Esté preparado/a para pagar su copago en cada visita.
- Para pacientes sin seguro, el pago se espera al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros antes de su visita.

Cobertura de Salud y Seguro:

Como cortesía, presentamos reclamaciones al seguro de los pacientes asegurados. Para asegurar el procesamiento correcto de las reclamaciones, proporcione la información de su plan de salud o seguro. Es posible que su plan de salud o Medicare no cubra algunos o todos los servicios proporcionados. Si existe alguna razón para creer que un servicio podría no estar cubierto o no ha sido autorizado, le pediremos que firme una exención que describa los beneficios médicos y los costos de elegir recibir o rechazar los servicios.

Los copagos vencen al momento de su visita. Si tiene un deducible pendiente, podemos cobrar por adelantado el 60% de los cargos que el seguro aplicará a su deducible.

Pago de Saldos Pendientes:

Se requiere el pago oportuno de su saldo. Su saldo vence al recibir su estado de cuenta. Podemos solicitar información financiera personal para determinar un acuerdo de pago (hasta 90 días). Las cuentas de pago particular vencen al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. Si no se realiza el pago al momento del servicio y no se hacen arreglos financieros, su cuenta se considerará vencida al salir de la oficina.

Llamadas Telefónicas:

Se le puede cobrar por llamadas telefónicas de 5 minutos o más con su médico. El seguro no cubre este cargo. Usted será responsable del pago total.

Informes Narrativos y Formularios:

Los informes y formularios completados por los médicos están sujetos a una tarifa (verifique con el personal de la oficina la tarifa de cada informe/formulario). El pago se espera al momento de entregar el formulario para que sea completado.

Cancelaciones/Citas Perdidas:

Si no puede asistir a su cita, notifique a nuestra oficina con al menos 2 días hábiles de anticipación. No hacerlo puede resultar en una tarifa de \$50 por una visita de oficina y \$85 por un procedimiento. El seguro no cubre este cargo. Usted será responsable del pago total. Las citas perdidas y cancelaciones frecuentes interrumpen su tratamiento y pueden resultar en su alta de nuestra oficina.

Relaciones con el Paciente:

Es importante para nuestra relación profesional que comprenda claramente nuestra Política Financiera. Pregunte si tiene alguna duda sobre nuestros honorarios o su responsabilidad financiera. Una buena relación médico/paciente se basa en la comprensión y la comunicación abierta. Nuestro personal hará todo lo posible por responder cualquier pregunta o inquietud sobre el saldo de su cuenta. Para preguntas de facturación, llame al 209-522-7128.

Asignación de Beneficios:

Por medio de la presente autorizo que los beneficios de Medicare/Plan de Salud sean pagados directamente a Attenda Medical Group, Inc. por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro, incluyendo, entre otros, reclamaciones denegadas, cantidades no pagadas debido a deducibles, copagos, coseguro, pagos parciales debido a determinaciones arbitrarias de cargos usuales y acostumbrados, suministros no cubiertos y todos los demás cargos denegados después de una revisión completa de necesidad médica. Autorizo a Attenda Medical Group, Inc. a divulgar toda la información necesaria para obtener el pago de beneficios. Acepto que una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

Nombre del paciente (letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Phone: (707) 575-6033

Ashleigh E. Korves, DPM, FASPS
4750 Hoen Avenue Suite B
Santa Rosa, CA, 95405

Fax: (707) 573-6157

Motivo de la

visita: _____

Fecha de la lesión, si corresponde: _____

Inicio (encierre en un círculo): Comenzó de repente Se desarrolló gradualmente con el tiempo

Descripción del dolor (marque todo lo que corresponda): Sin dolor Agudo Sordo Dolorido
Ardor Irradiado Picazón Punzante Eléctrico Otro: _____

Nivel de dolor: (sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peor dolor posible)

¿Qué empeora su problema?:

¿Qué mejora su problema?: _____

Tratamientos previos: _____

¿Dónde se encuentra el dolor/problema? Marque las imágenes de abajo:



Pie izquierdo



Pie izquierdo



Pie derecho



Pie derecho



Parte interna del pie/tobillo izquierdo



Parte externa del pie/tobillo izquierdo



Parte interna del pie/tobillo derecho



Parte externa del pie/tobillo derecho



Parte posterior del tobillo izquierdo



Parte posterior del tobillo derecho



Parte anterior del tobillo derecho



Parte anterior del tobillo izquierdo

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ F. NAC.: _____

ALERGIAS (marque todas las que correspondan):

MEDICAMENTO	REACCIÓN
Sin alergias conocidas a medicamentos	
Adhesivos	
Látex	
Yodo	
Ibuprofeno/AINE	
Penicilina	
Sulfa	
Morfina	
Otro:	
Otro:	

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS:

Nombre	Dosis	Frecuencia

ANTECEDENTES MÉDICOS (marque todos los que correspondan)

Reflujo ácido	Osteoporosis/Osteopenia	Fibromialgia
Fibrilación auricular	Ataque cardíaco	Colesterol alto
Anemia	Insuficiencia cardíaca congestiva	Presión arterial alta
Artritis	EPOC	Hipertiroidismo o hipotiroidismo (marque uno)
Asma	Enfisema	Diabetes tipo 1 o tipo 2 (marque uno)
Dolor/problemas de espalda	Depresión	Apnea del sueño
Coágulos sanguíneos (TVP o EP)	Ansiedad	Derrame cerebral
VIH/SIDA	TEPT	AIT
Demencia/Alzheimer	Parkinson	Otro (anote abajo):
Enfermedad renal	Cáncer (anote los tipos abajo):	
Colitis ulcerosa/Crohn		

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ F. NAC.: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Año	Tipo de cirugía

ANTECEDENTES FAMILIARES (marque todos los que correspondan)

	Adoptado/a					
	Diabetes	Hipertensión	Cáncer	Enfermedad cardíaca	Colesterol alto	Otro:
Madre						
Padre						
Hermano/a						

ANTECEDENTES SOCIALES:

Empleo: _____

Pasatiempos: _____

Consumo de alcohol (marque una): ☐ Ninguno ☐ Raro/Festivos ☐ Diario, cantidad: _____

☐ Semanal, cantidad: _____ ☐ Anterior

Consumo de tabaco (marque una): ☐ Ninguno ☐ Fumador actual ☐ Exfumador, año que dejó: _____

☐ Tabaco sin humo, tipo: _____

Uso de vapeador (marque una): ☐ Ninguno ☐ Raro ☐ Diario ☐ Anterior

Tipo: ☐ Nicotina ☐ THC ☐ CBD ☐ Sabor

Uso de drogas recreativas (marque una): ☐ Ninguno ☐ Actual ☐ Anterior

Tipo: ☐ Marihuana ☐ Cocaína ☐ Metanfetamina ☐ Benzodiacepinas ☐ Alucinógenos ☐ Heroína

☐ Otro: _____

Estatura: _____ pies _____ pulgadas

Peso: _____ libras