



REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Nombre del paciente (Último, MI., Primero): _____

Dirección de casa: _____

Dirección de envío: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono móvil: _____ dirección de correo electrónico: _____

fecha de nacimiento: _____ Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Declined to say

Etnicidad: _____ Lenguaje Primario: _____ Medico Primario: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros: _____

EMPLEADOR / OCUPACIÓN

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Dirección: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de identificación del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Abonado DOB: _____ Relación de suscriptor: _____

Seguro secundario:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de identificación del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Abonado DOB: _____ Relación de suscriptor: _____

Doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento para mí o para cualquier menor de edad que pueda ser necesario a juicio del médico y/o del personal médico.

Firma: _____ Fecha: _____



Nombre Del Paciente (Último, Primero): _____ Fecha de Nacimiento: _____

SÍNTOMAS GENERALES: INDIQUE SÍ O, SÍ ACTUALMENTE EXPERIMENTA SÍNTOMAS

Si	No	
		¿Bebe algo de alcohol, más de 4 tragos por semana o más de 2-3 tragos por ocasión?
		¿Toma alguna droga ilícita?
		¿Experimenta dolor en las nalgas, piernas o pies que desaparece con el reposo?
		¿Tiene pérdida de cabello en las piernas o los pies?
		¿Tiene actualmente estreñimiento o diarrea?
		¿Actualmente fuma o consume sustancias de tabaco?
		¿Tiene hinchazón / dolor en las piernas? Si es Y, ¿cuántas cuerdas puede caminar antes de sentir molestias? _____
		¿Tiene aturdimiento, debilidad, desmayo o mareo?
		¿Tiene náuseas ahora o alguna vez ha experimentado?
		¿Tiene problemas urinarios?
		¿Tiene o ha tenido heridas, úlceras o infecciones que tardan en sanar?

ANTECEDENTES MÉDICOS: INDIQUE SÍ O N, SI ES FAMILIAR O ESTÁ EXPERIMENTANDO ACTUALMENTE

Si No	Si No	Si No
☐ ☐ ECG anormal	☐ ☐ Epilepsia	☐ ☐ SIDA / VIH
☐ ☐ Angina o dolor en el pecho	☐ ☐ Colesterol alto / presión arterial	☐ ☐ Tiroides
☐ ☐ Artritis / AR / OA / Gota	☐ ☐ Enfermedad del hígado	☐ ☐ Aumento de peso
☐ ☐ Coágulos de sangre	☐ ☐ Dolor de espalda	☐ ☐ Pérdida de peso
☐ ☐ Disfunción renal	☐ ☐ Venas varicosas	☐ ☐ Otro
☐ ☐ Diabetes ☐ T-I ☐ T-II	☐ ☐ Respiratorio (asma, alergias, EPOC)	

Nombre Del Paciente (Último, Primero): _____ Fecha de Nacimiento: _____

PRINCIPALES EVENTOS MÉDICOS: INDIQUE SÍ O, SÍ ALGUNO DE LOS EVENTOS HA SUCEDIDO

Si No	Si No	Si No
☐ ☐ Válvula cardíaca artificial / Stent	☐ ☐ Dependencia química	☐ ☐ Ataque cardíaco
☐ ☐ Tipo: _____	☐ ☐ Heridas crónicas	☐ ☐ Tumor (es)

POR FAVOR INDIQUE EL HISTORIAL QUIRÚRGICO, SI HAY

Procedimiento quirúrgico: _____ Fecha: _____ Complicaciones: _____

Procedimiento quirúrgico: _____ Fecha: _____ Complicaciones: _____

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Alergias a los medicamentos, si los hay: _____

Altura: _____ Peso: _____

SÍNTOMAS: INDIQUE SÍ O, SÍ SÍ Y SI HAY UNA LÍNEA DISPONIBLE, INDIQUE

Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
☐ ☐ Esguince de tobillo	☐ ☐ Examen de diabético	☐ ☐ Bultos	☐ ☐ Lesion de piel
☐ ☐ Hinchazón de tobillos	☐ ☐ Cuidado del diabético	☐ ☐ Olor	☐ ☐ Dedos impares
☐ ☐ Pie de atleta	☐ ☐ Sudoración excesiva	☐ ☐ Hongo de uñas	☐ ☐ Dolor el pie
☐ ☐ Tobillo haciendo estallar	☐ ☐ Pie plano	☐ ☐ Ortesis	☐ ☐ Pie Deformidad
☐ ☐ Artritis de pie o tobillo	☐ ☐ Gota	☐ ☐ Golpe doloroso	☐ ☐ Verruga
☐ ☐ Juanetes	☐ ☐ Dolor en el talón	☐ ☐ Pies pálidos	☐ ☐ Pies blancos
☐ ☐ Pies azules	☐ ☐ Arcos altos	☐ ☐ Pies con erupción	☐ ☐ No Sanar Heridas
☐ ☐ Calambres	☐ ☐ Pies calientes	☐ ☐ Férulas de Shin	☐ ☐ Pies blancos
☐ ☐ Dedos fríos	☐ ☐ Uñas encarnadas		

Nombre Del Paciente (Último, Primero): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yes No	Yes No
☐ ☐ ¿Estás aquí debido a una lesión? _____	☐ ☐ ¿Tiene dolor o entumecimiento? Si es así, ¿dónde? _____
☐ ☐ ¿Alguna vez le han diagnosticado artritis o gota? Si es así, ¿de qué tipo? _____	☐ ☐ ¿Tiene debilidad muscular? Si es así, ¿dónde? _____
☐ ☐ ¿Alguna otra preocupación? _____	☐ ☐ ¿Sientes ardor u hormigueo? Si es así, ¿dónde? _____

¿CÓMO OCURRIÓ ESTO Y CUÁNTO TIEMPO HA SIDO EXPERIMENTANDO SÍNTOMAS?

Sí No	Sí No	Sí No
☐ ☐ Trauma reciente	☐ ☐ Inicio repentino	☐ ☐ Lesión laboral
☐ ☐ Zapatos inapropiados	☐ ☐ Inicio gradual	☐ ☐ Fecha de la lesión: _____
Duración de los síntomas: Días: _____ Semanas: _____ Meses: _____ Años: _____		
¿Ha consultado a otro médico por este problema? ☐ Y ☐ N Si es así, ¿qué tratamiento se proporcionó? _____ ¿Está buscando una segunda opinión? ☐ Y ☐ N Si es así, ¿a quién se refirió? _____		

¿Qué tratamientos ha probado para solucionar el problema?

☐ Ortesis ☐ Inyecciones ☐ Terapia Fisica ☐ Cirugia: _____

☐ Medicamentos: _____ ☐ Otros: _____

He revisado la información anterior con el paciente en detalle y apruebo que todos los detalles se agreguen al expediente del paciente.

Firma Del Proveedor: _____ Fecha: _____



RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

- _____ Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguros, seguro privado y cualquier otro plan médico/de salud que emitan cheques de pago directamente a West Coast Foot and Ankle Center.
- _____ Es mi responsabilidad comprender y conocer los beneficios de mi seguro.
- _____ Es mi responsabilidad notificar cualquier cambio de seguro ANTES de mi cita.
- _____ Entiendo que soy financieramente responsable del deducible, coseguro o servicio no cubierto de mi seguro médico.
- _____ Los copagos y cualquier pago pendiente vencen al momento del servicio.
- _____ Entiendo que se intentará facturar a mi seguro los servicios y procedimientos cubiertos. Después de 90 días, desde la presentación inicial del seguro, se espera que usted pague los servicios en su totalidad si el reclamo es rechazado o aún está pendiente.
- _____ Si no puedo pagar mi saldo pendiente y/o copago, West Coast Foot & Ankle Center se reserva el derecho de reprogramar mi cita el día de.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES

Por la presente autorizo a West Coast Foot & Ankle Center a divulgar a mi pagador de seguro, agencias gubernamentales o cualquier otra entidad financieramente responsable de mi atención médica, toda la información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya realizado, necesarios para justificar el pago. para dichos servicios médicos, así como la información requerida para la precertificación, autorización o derivación a otro proveedor médico.

CARGOS DE OFICINA

Hay un cargo de \$50 por no presentarse o cancelación tardía. Se requiere un aviso de 24 horas para evitar cargos.

Hay un cargo de \$25 por cada cheque que nos devuelvan por fondos insuficientes.

Hay un cargo de \$30 por formulario a completar. *Habrá un cargo único por los formularios EDD.

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Locations:

Palm Desert Medical Offices: 41990 Cook Street, Suite 1004, Palm Desert, CA 92211
Palm Springs Medical Offices: 1180 N Indian Canyon Drive, Suite W300, Palm Springs, CA 92262
Yucca Valley Medical Offices: 56165 29 Palms Highway, Yucca Valley, CA 92284
P: (760) 565 - 5545 F: (760) 424 - 5578 E: billing@westcoastfootandankle.com

www.westcoastfootandankle.com



Hola

Le han invitado a ver y configurar de forma segura su portal para pacientes con West Coast Foot and Ankle Center. Esto le permitirá enviar correos electrónicos directamente a su médico, solicitar citas, solicitar reabastecimientos y programar citas directamente con su proveedor. Para registrarte, sigue estas instrucciones:

- Visite www.yourhealthfile.com/portal desde cualquier dispositivo con acceso a Internet.
- Haga clic en el botón "Active su cuenta aquí" encima del formulario de inicio de sesión de usuario. Aparecerá una pantalla de Activación de Cuenta.
- En el campo "Nombre de usuario", ingrese: _____
- En el campo "Contraseña", ingrese:: _____
- En "Fecha de nacimiento del paciente", ingrese la fecha de nacimiento del paciente.
- Haga clic en el botón "Activar cuenta". Tras la confirmación, aparecerá la pantalla Actualizar cuenta y se le pedirá que ingrese los detalles de su cuenta deseada. Siga las instrucciones de Registro de pacientes que aparecen en pantalla para configurar su nueva cuenta del Portal del paciente YourHealthFile.

PALM DESERT MEDICAL OFFICES

41990 Cook Street, Building F - Suite 1004
Palm Desert, CA 92211
Text: (760) 903-5667
Call: (760) 565-5545

PALM SPRINGS MEDICAL OFFICES

2145 E Tahquitz Canyon Way Suite 5
Palm Springs, CA 92262
Text: (530) 292-7896
Call: (760) 565-5545

YUCCA VALLEY MEDICAL OFFICES

56165 29 Palms Highway
Yucca Valley, CA 92284
Text: (530) 292-7896
Call: (760) 565-5545



Abre tu teléfono
cámara para vincular
directamente al portal