



www.DoctorPodiatry.com

RYAN MEDINA OAKLEY DPM LLC
10775 SW 56th Street • Miami, FL • 33165
Office: (305) 930-7934 • Fax: (305) 203-4891
DoctorPodiatryHealthCare@gmail.com

PLEASE PRINT CLEARLY

FIRST/NOMBRE MI LAST/APELLIDO

ADDRESS/DIRECCIÓN SUITE/APT

CITY/CUIDAD STATE/ESTADO ZIP/CÓDIGOPOSTAL

E-MAIL ADDRESS

HOME/CASA: ( ) WORK/TRABAJO: ( )

CELL/CELULAR: ( ) DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO

SOCIAL SECURITY/ NÚMERO SOCIAL #: -- --

FAMILY PHYSICIAN/MÉDICO DE CABECERA

PHONE/TELÉFONO ( ) -

WHO MAY WE THANK FOR THIS REFERRAL?

¿QUIÉN LO REMITIO USTED A NUESTRA OFICINA?

MARITAL STATUS/ ESTADO CIVIL:

SINGLE/SOLTERO(A) MARRIED/CASADO(A) DIVORCED/DIVORCIADO(A) WIDOWED/VIUDO(A) PARTNERSHIP/ PAREJA

EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA

PHONE/TELÉFONO ( ) -

EMPLOYER/EMPLEADOR:

I hereby authorize my insurance company to pay directly to Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry any and all medical and/or surgical fees otherwise payable to me for their professional services. I acknowledge that I am personally responsible and liable to Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry for any and all surgical and/or medical fees billed by them. Should Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry accept payment directly from my insurance company; I understand that I am responsible and liable for any and all deductible/co-pay expenses for the insurance company. If in the event Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry are required to retain the services of an attorney/collection agency to collect his bills I agree to pay Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry's fees up through and including appellate fees. A copy of our office's Privacy Practices is available from the front desk upon request.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry cualquier y todos los gastos médicos y / o quirúrgicos de otro modo pagadero a mí por sus servicios profesionales. Reconozco que soy personalmente responsable y obligado a Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry de cualquier y todos los honorarios quirúrgicos y / o médicos facturados por ellos. En caso de Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry aceptar el pago directamente de mi compañía de seguros, yo entiendo que soy responsable y responsable por cualquier y todos los gastos deducibles / co-pago de la compañía de seguros. Si en el caso de Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry están obligados a contratar los servicios de una agencia de abogado / colección para recoger sus cuentas Acepto pagar Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry, honorarios de DPM arriba hasta e incluyendo los honorarios de apelación. Una copia de las prácticas de privacidad de nuestra oficina está disponible en la recepción bajo petición.

SIGNATURE / FIRMA

DATE / FECHA



## Política de Pago

Gracias por elegir nuestra práctica. A continuación se encuentra información para responder preguntas frecuentes sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados. Por favor léalo y pregúntenos cualquier duda que tenga antes de firmar en el espacio previsto. Se le proporcionará una copia a pedido. Gracias por ser nuestro paciente!

**LOS PAGOS SE DEBEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, A MENOS QUE SE HAYAN SOLICITADO Y APROBADO POR ADELANTADO LOS ARREGLOS DE PAGO. SE ESPERA QUE PAGUE DE ACUERDO CON EL ARREGLO.**

**Seguro:** participamos con la mayoría de los planes de seguro. Le enviaremos una factura a su compañía de seguros como cortesía. Aunque podemos estimar lo que puede pagar su compañía de seguros, es la compañía de seguros quien toma la determinación final de su elegibilidad.

**Presentación de reclamos:** presentaremos sus reclamos y lo asistiremos de la manera que podamos para ayudarlo a pagar sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

**Referidos:** Ciertos planes de seguro con los que estamos contratados requieren una autorización de referencia de su médico de atención primaria / pediatría. Si no hemos recibido un referido antes de su llegada a la oficina, tenemos un teléfono que puede usar para llamar a su médico de atención primaria / pediatría para obtenerla. Si no puede obtener el referido en ese momento, será reprogramado.

**Copagos y deducibles:** Todos los copagos, deducibles y coaseguros deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros.

**Prueba de seguro:** Todos los pacientes deben completar el formulario de información del paciente antes de ver a un proveedor. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido vigente para proporcionar un comprobante de seguro. Si no proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, el saldo de un reclamo se transferirá a su responsabilidad personal.

**Cambios en la cobertura:** Si su seguro cambia, avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados que lo ayuden a recibir sus beneficios máximos.

**Métodos de pago:** Aceptamos el pago en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express y Discover.

**Declaraciones del paciente:** Si tiene saldo pendiente de pago, recibirá un estado de cuenta por correo cada dos semanas. El monto del estado de cuenta es pagadero y pagadero cuando se emite el estado de cuenta, y el monto vencido no se paga al momento de la recepción. Los saldos de más de 90 días se entregarán a una agencia de cobranza para colecciones. Todos los pagos van hacia el saldo pendiente más antiguo.

**Tarifa de no presentación:** Por favor cancele / re programe sus visitas con 24 horas de anticipación. A nuestro criterio, se aplicará un cargo equivalente al costo de su visita a la oficina.

**Tasas de cobranza:** los saldos que no hayan tenido un pago realizado dentro de los 90 días se transferirán a las colecciones. El garante será responsable de pagar todos los costos de cobro, incluidos los intereses razonables, los honorarios razonables de los abogados y los honorarios razonables de la agencia de cobranza, que no excedan el 33.33%.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Persona Responsable:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Uso Oficial: Recibido Por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## LA HISTORIA DEL PACIENTE

**\* Por favor, rellene todos los formularios al máximo de su capacidad. El personal revisará la forma y responderá a cualquier pregunta que pueda tener.**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

1) ¿Cuál es el principal problema con los pies o los tobillos? \_\_\_\_\_

2) ¿Cuándo notó por primera vez la condición? \_\_\_\_\_

3) ¿Es esta una lesión?  Sí  No. Si la Sí, cuando se le ocurrió? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué sucedió en el trabajo?  Si  No ¿Está reclamando compensación al trabajador?  Si  No

4) Comprobar todos los siguientes que correspondan:

**Tipo de Dolor**  Ardiente  Hormigueo  Agudo  Sordo  Punzante  Insoportable

**Cuando Dolorosa**  Permanente  Cuando Camina  Después  Antes  Deportes

Peor Con actividad  Mejor con actividad continúa  Peor al estar de pie  Con Zapatos  Sin Zapatos

A.M  P.M  Acostado  En la Cama

5) ¿Qué tan doloroso es su condición? Si = 0 "sin dolor" y 10 = "el peor dolor que jamás haya experimentado", encierre en un círculo su nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) ¿Ha tenido cuidado de los pies antes?  Si  No Por quién y cuándo: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Quirúrgicos

Procedimientos u Hospitalización	Fecha	Complicaciones

**Medicamentos** (Por favor liste todos los medicamentos con corriente, sobre el mostrador, y suplementos está tomando)

Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Medicamentos	Dosis	Frecuencias
1.			1.		
2.			2.		
3.			3.		

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Número:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO** Por favor, coloque una marca de verificación junto a cuál de las siguientes padece y si está indicado, por favor escribir en el espacio después de qué tipo.

Anemia	Deformidad del pie	Marcapasos
Artritis	Frost Bite	Enfermedad Vasculat Periferica
Articulacion Artificial	La Gota	Poliomielitis
Asma	HIV/SIDA	Embolia Pulmonar
Dolor de Espalda	Dolores de cabeza/Migrañas	Enfermedad Raynaud's
Trastorno de la Coagulacion	Enfermedad Cardiaca	Artritis/Reumatoide
Cuagulos de Sangre	Hepatitis	Convulsiones/Epilepsia
Cancer	Hernia	Stroke
Enfermedad Arteria Coronaria	Hipertension	Abuso de Sustancias
DVT	Enfermedad de Riñones	Problemas de Tiroides
Diabetes	Ulcera Pierna/ Pie	Tuberculosis
Dialisis	Enfermedad del higado	Venas Varicosas
Altos Nivel de Colesterol	Enfermedad Pulmonar	Otros
Hinchazon	Transplante de Organos	
Fibromialgia	Osteoporosis	

## HISTORIA SOCIAL

¿Bebes alcohol? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No; Si es así, ¿cuánto?   1-2 por semana,  5-6 por semana  3 por día

### uso de drogas recreativas

\* Cualquier tipo de uso de drogas es una opción personal y de ninguna manera afectar negativamente a su relación con el médico. Sin embargo, muchos medicamentos pueden interactuar con otros medicamentos y tratamientos con efectos potenciales que amenazan la vida. Por lo tanto, es extremadamente importante que responda con honestidad. Su respuesta se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad médico-paciente.

Respuesta: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

En caso afirmativo: ¿Qué sustancia y cómo usa a menudo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

Cuál es tu estado civil? \_\_ Casado(a) \_\_ Soltero(a) \_\_ Divorciado(a) \_\_ Separado(a) \_\_ Viudo(a) \_\_ Pareja

¿Usted fuma tabaco? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

En caso afirmativo: \_\_\_\_ # de años de fumar? \_\_\_\_ Paquetes Por día? \_\_\_\_ Cigarettes Por día?

Si no: ¿Fumó usted? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si sale: ¿Cómo hace cuanto tiempo que dejó de fumar? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LA FAMILIA \* Por favor marque todo lo que corresponda

	Diabetes 1 o 2	Enfermedad del Corazon	Hiertension	Gota	Cancer y Tipo	Edad de Muerte
Padre						
Madre						
Hermano						
Hermana						

## ALERGIAS: Por favor listar todas las alergias y los tipos de reacciones que tiene:

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de último examen físico \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Qué otros médicos ¿nos gustaría compartir una copia de su visita con?

Diabetes; ¿Cuál es el nombre y número de teléfono del médico que lo trata por la diabetes?

¿Cuándo fue su última visita? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ¿Cuál es su lectura promedio de azúcar en la sangre?

¿Estas embarazada? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE SISTEMAS ( ) No estoy experimentando cualquiera de los siguientes síntomas.

\* Si usted está experimentando cualquiera de los siguientes favor marque las casillas correspondientes:

**General:** \_\_ Fiebre \_\_ Sudar \_\_ Ganancia de Peso \_\_ Pérdida de Peso

**Visión:** \_\_ Lentes \_\_ Contactos \_\_ Visión Doble \_\_ Borroso \_\_ Ceguera \_\_

**Orejas:** \_\_ Pérdida de la audición \_\_ Zumbido \_\_ Dolor \_\_ Cronico

**Nariz:** \_\_ sangra \_\_ Sinusitis

**La boca / Garganta:** \_\_ Dolor \_\_ Sangrado en Ancías \_\_ Ronquidos \_\_ Boca Seca \_\_ Problemas en los Dientes

**Cardiovascular:** \_\_ Dolor de Pecho \_\_ Falta de Aliento al caminar \_\_ Palpitations \_\_ Soplos \_\_ calambres \_\_ Enfermedad da la válvula \_\_ Pierna

**Respiratorio:** \_\_ Tos \_\_ Sibilancia \_\_ Falta de Aliento \_\_ Apnea de Sueño \_\_ Tosiendo Sangre

**Gastrointestinal:** \_\_ Nausea \_\_ Vomito \_\_ Diarrea \_\_ Extreñimiento \_\_ Sangreaniento \_\_ Pérdida delApetito \_\_ Reflujo

**Genitourinario:** \_\_ riñón o de la vejiga infecciones \_\_ Cronico \_\_ Orinar Dificulta \_\_ Dolor al orinar o sangre en la orina \_\_ Oscuro

**Musculoesquelético:** \_\_ Dolores de Musculo Devilidad \_\_ Dolor en la Articulaciones \_\_ Dolor de Espalda \_\_ Hinchazón en los Pies \_\_ Dificultad al caminar \_\_ Frecuentes CAE

**Piel:** \_\_ Mole Abnormal \_\_ Erupcion \_\_ Seco

**Neurológica:** \_\_ Pérdida de Conciencia \_\_ Hormigeo / entumecimiento \_\_ Seizures \_\_ Mareo \_\_ Dolores de Cabeza

**Psiquiátrico:** \_\_ Depression \_\_ Dificultades para Dormir

**Endocrino:** \_\_ Fatiga \_\_ Intolerancia al Calor \_\_ Intolerancia al Frio \_\_ Pérdida de Cabello

**Hematológicos:** \_\_ Moretones con Facilidad \_\_ Sangrado Excesivo

**AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD (regulaciones de HIPAA)**

( ) Se le proveyó un documento titulado "Aviso de prácticas de privacidad." Es requerido por las regulaciones gubernamentales que todas las instalaciones médicas comunicadas con este aviso. Por favor marque la casilla para confirmar que ha leído (o tenido la oportunidad de leer si se eligió) y entender el aviso. Esta es una copia de la notificación de que es tuyo para siempre. Si no desea que la copia, sólo tiene que volver a la recepcionista con sus otros materiales.

**CONSENTIMIENTO**

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Doy permiso al médico para administrar y llevar a cabo estos procedimientos, incluyendo las inyecciones terapéuticas y de diagnóstico, que se consideren necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento de mis pies.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FSOA08/20/08

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

(Letra de imprenta)

Por la presente autorizo a revelar \_\_\_\_\_ / o

liberar cualquier y toda la información conserning mi enfermedad y / o tratamiento de

\_\_\_\_\_  
Paciente / Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo



**RYAN MEDINA OAKLEY DPM LLC**

10775 SW 56th Street • Miami, FL • 33165  
Office: (305) 930-7934 • Fax: (305) 203-4891  
DoctorPodiatryHealthCare@gmail.com

Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

1. Have you traveled anywhere outside of the U.S. in the past 2-3 weeks?  Yes or  No
2. Have been in contact with anyone who was sick with COVID-19 symptoms?  Yes or  No
3. Have you attended any large group functions?  Yes or  No
4. Have you had any of the following symptoms within the last two weeks: FEVER, FATIGUE, DRY COUGH, ALTERED TASTE, ALTERED SMELL, TROUBLE BREATHING, PRODUCTIVE COUGH (MUCOUS IN COUGH), OR MUSCLE PAIN?  Yes or  No
5. Have you had the COVID-19 test done?  Yes or  No
6. Would you be interested in having the COVID-19 antibody 10 minutes test?  Yes or  No

We thank you for your cooperation and will contact you if we need further information.

Signature: \_\_\_\_\_

Thank you

**CREDIT CARD ON FILE POLICY  
ADVANCE NOTICE OF APPOINTMENT CANCELLATION**

If you absolutely must cancel your appointment, please do so as far in advance as possible so that we have time to schedule another patient in your place. Failure to notify our office in a timely manner will result in us not being able to refill your appointment time slot.

■ **In the event you are unable to keep your appointment, you must cancel 24 hour (1 business day) before the appointment date to avoid a cancellation fee of \$25.00.**

---

**NOTIFICACIÓN PARA CANCELACIONES DE CITA**

Si usted necesita cancelar su cita, por favor hágalo lo antes posible, para poder utilizar ese turno con otro paciente. Si usted no nos notifica con suficiente anticipación, puede resultar que ese turno se quede vacío. Por favor lea este documento antes de firmarlo.

■ **Debe cancelar su cita por lo menos con 24 horas (un día laboral) de anticipación para evitar un cargo de cancelación de \$25.00.**

Amex     Visa     Mastercard     Discover

Credit Card Number \_\_\_\_\_

Expiration Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      CCV \_\_\_\_\_

Cardholder Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Billing Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

I (we), the undersigned, authorize and request Ryan Medina Oakley DPM LLC dba Doctor Podiatry to charge my credit card, indicated above, for balances due for failure to notify our office of a cancellation in a timely manner and/or services rendered that my insurance company identifies as my financial responsibility.

Patient Name (Print): \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_