



GIEVERS-ZUNIGA FOOT & ANKLE CENTER  
 18111 PRINCE PHILIP DR #328  
 OLNEY, MD 20832  
 P-(301)570-3668  
 F-(301)570-4770  
 WWW.GIEVERSZUNIGAFOOT.COM

**FORMULARIO DE PACIENTE**

<b>NOMBRE COMPLETO DE PACIENTE :</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo(circule)</b> M- F	<b>Numero Social</b>
--------------------------------------	----------------------------	-------------	------------------------------	----------------------

**Direccion completa de casa o apartamento:**

**Ocupacion: (circule)** Estudiante - Tiempo completo - Medio Tiempo - Retirado - Sin Trabajo

<b>Estado Civil (circule)</b> Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Separado(a)	<b>Nombre de Madre si el Paciente es Menor:</b>	<b>Nombre de Padre si el Paciente es Menor</b>
--	---	--

<b>Numero de Tel. Casa</b> ( ) -	<b>Numero de Tel. Trabajo</b> ( ) -	<b>Numero Celular</b> ( ) -	<b>Correo Electronico</b>
-------------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------

<b>Contacto de Emergencia: (nombre)</b>	:	<b>Numero de Telefono:</b>
---	---	----------------------------

<b>Nombre De Doctor Primario:</b>	<b>Numero de Telefono:</b>
-----------------------------------	----------------------------

**Informacion De Seguro**

<b>Nombre de Seguro Primario:</b>	<b>Nombre de Seguro Secundario</b>	<b>Nombre de Seguro Terciario</b>
-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

<b>Nombre de persona asegurada Si es diferente al paciente:</b>	<b>Nombre de persona asegurada Si es diferente al paciente:</b>	<b>Nombre de persona asegurada Si es diferente al paciente:</b>
---	---	---

<b>Fecha de Nacimiento de persona Asegurada:</b>	<b>Fecha de Nacimiento de persona Asegurada:</b>	<b>Fecha de Nacimiento de persona Asegurada:</b>
--	--	--

<b># de Poliza (policy #)</b>	<b># de Grupo (group #)</b>	<b># de Poliza (policy #)</b>	<b># de Grupo (group #)</b>	<b># de Poliza (policy #)</b>	<b># de Grupo (group #)</b>
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

**Informacion De Farmacia**

<b>Nombre de Farmacia:</b> <b># Telefonico: ( ) -</b>	<b>Address:</b>
--	-----------------

**Concentimiento Para Dejar Mensaje o Hablar con Alguien Mas**

Usted tiene el derecho de poner restrictions sobre ciertos usos para proteccion de informacion medica incluyendo ciertos usos medicos a familiares, amigos cercanos, o otro persona.

- A quien se le puede compartir su information (por favor escribe nombre y apellido)? \_\_\_\_\_
- Podemos dejar informacion medica en su buzón telefonico? YES (por favor circule uno) Cellular, Casa o Correo Electronico NO

**Autorizacion para Tratamiento**

Autorizo a Gievers-Zuniga Foot & Ankle Center que cobre al seguro o seguros en mi nombre por los servicios prestados y ademas autizar el pago de algun beneficio al que tenga derecho la Dr. Donna A. Gievers-Zuniga. Entiendo que estoy financieramente responsable por cualquier Cantidad no cubierto por mi seguro. Autorizo a Dr. Donna A. Gievers-Zuniga que libere informacion a mi compania de seguro relative a mi atencion de salud, el asesoramiento, tratamiento o suministros, siempre que sean necesarias para el pago de seguro de estas reclamaciones.

\_\_\_\_\_  
**Firma De Paciente/Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# ESCRIBA LA RAZON DE SU VISITA ( SOLAMENTE ASTA 2 PROBLEMAS POR VISITA)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

## EVALUACION DE DOLOR

Por favor indique el dolor que tiene de 1-10. (1=Poquito dolor, 10=Mucho dolor)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indique el sintoma que siente :  Rigidez  Dolor  Hinchazon  Inestabilidad  Dormido  Otro: \_\_\_\_\_

## PODIATRIA

Tiene usted una de las siguientes condiciones?

- Dolor del Tobio
- Agrandamiento de venas
- Dolor de Rodilla
- Dolor del Arco
- Ulceras en las piernas
- Pie de atleta
- Pie Dormido  Pies Planos
- No Sensacion  Huesos Rotos

- Ulceras en el pie
- Dolor de espalda
- Juanetes  Arco alto
- Ardor en los pies  Callos
- Dolor en el Talon
- Dedos de martillo
- Hongos en las Unas
- Picazon en los pies

- Hinchazon en los tobios
- Hinchazon en los pies
- Hinchazon en las piernas
- Calambres en los pies
- Unas Encarnadas
- Calambres en las piernas
- Pies Hormigueo
- Otro: \_\_\_\_\_

Usted actualmente o ha usado plantillas?  Si  No El dolor de su pie Limitad la actividad deseada?  Si  No

Sus primeros paso en la manana duelen?  Si  No Ha tenido otros Problemas con su pies?  Si  No

Por favor describa el problema: \_\_\_\_\_

## ESTILO DE VIDA

Fuma usted Ahora?  Si Cuantos al dia \_\_\_\_\_  NO

Que tipo de Zapato Usa:  Sin Tacon  Tacones  Botas  Sandalias  Sneakers  Otro \_\_\_\_\_

Que talla de Zapato usa: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Cuanto Pesa: \_\_\_\_\_

## Cirugias Y Hospitalazion


ESCRIBA SU NOMBRE:

**ESCRIBA MEDICAMENTOS ACTUALES**


Esta tomando anticoagulantes? (cuagulos de Sangre)  Si \_\_\_\_\_  No

**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE**

**(por favor solo ✓ lo que usted tiene o ha tenido)**

- |  |                                   |   |   |
|--|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo               | <input type="checkbox"/> Sida/HIV | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Derrame (stroke)       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Cancer   | <input type="checkbox"/> Gota                       | <input type="checkbox"/> problema de Piel       |
| <input type="checkbox"/> Artritis                  | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B or C        | <input type="checkbox"/> Ulceros en el estomago |
| <input type="checkbox"/> Problems de Espalda       | <input type="checkbox"/> Asma     | <input type="checkbox"/> Presion Alta(hipertension) | <input type="checkbox"/> Tiroides(thyroid)      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Polio    | <input type="checkbox"/> Problemas de articulacion  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Depresion                 |                                   | <input type="checkbox"/> Problema de Rinon(kidney)  | <input type="checkbox"/> Venereo                |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol Alto          |                                   | <input type="checkbox"/> Problema de Hgado(liver)   | <input type="checkbox"/> Ansiedad               |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol Alto          |                                   | <input type="checkbox"/> Problema de Pulmon         | <input type="checkbox"/> Problemas De sangre    |
| <input type="checkbox"/> Problems De Corazon       |                                   | <input type="checkbox"/> Migranias                  | <input type="checkbox"/> Sarampion              |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Oido         |                                   | <input type="checkbox"/> Neunomia                   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Alimentacion |                                   | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica           | <input type="checkbox"/> Otro: _____            |

**HISTORIAL MEDICO DE FAMILIA ( PONGA UN ✓ A LOS QUE APLIQUEN)**

	DIABETES	PRESION ALTA	CHOLESTEROL ALTO	PROBLEMAS DE CORAZON	OTRO
MADRE					
PADRE					
HERMANA					
HERMANO					
ABUELA					
ABUELO					

**ALERGIAS**

Es alergico a cualquiera de los siguientes cosas?  Cinta Adhesiva  Antibioticos  Latex  Aspirina  Sulfa  Codeina  
 Yodo(iodine)  anesteticos locales Tiene alguna otro alergia? \_\_\_\_\_

**SOLO PARA MUJERES**

Esta Embarazada?  Si  No Esta Dando Pecho?  Si  No

**ESCRIBA SU NOMBRE:** \_\_\_\_\_



GIEVERS-ZUNIGA FOOT & ANKLE CENTER  
18111 PRINCE PHILIP DR #328  
OLNEY, MD 20832  
P-(301)570-3668  
F-(301)570-4770  
WWW.GIEVERSZUNIGAFOOT.COM

### Poliza de Pago

Nos comprometemos a proporcionarle la mejor atención posible. Si usted tiene seguro médico, también estamos deseosos de ayudar a recibir el máximo beneficio permitido. También, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago.

- En caso que usted no Tenga Seguro Se requiere el pago completo de su visita.
- Se requiere el Copay en el momento de servicio. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, visa y mastercard.
- Nosotros sometemos los cobros a su seguro, pero es su responsabilidad de Pagar cualquier cobro que su seguro rechaze pagar.
- Debido a las leyes de seguro de salud cambiantes y regulación, no podemos garantizar que todos los servicios serán cubiertos por su póliza de seguro.
- En caso que su seguro no pague nuestros servicios, usted sera responsable por el pago.

Falta de pago de facturas se traducirá en su cuenta en la que se hace referencia a una Agencia de colección o abogado. Todos los honorarios de la colección y el abogado, los gastos y los costos de la Corte será la responsabilidad de la paciente o la persona responsable de la cuenta.

- **Se cargará una tarifa de \$ 35.00 dólares para cualquier cheques devueltos.**
- **Se cargará una tarifa de \$ 50.00 dólares para las citas que no son cancelados sin previo aviso de 24 horas.**

Si tiene alguna duda referente a estas políticas o cualquiera sin certeza acerca de la cobertura de seguro, no dude en hacernos preguntas.

Firme y escriba su nombre abajo indicando que usted ha leído y entendido esta política de pago.

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente/Representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/ Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Aviso de Privacidad

**ESTE AVISO EXPLICA COMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR LA INFORMACION MEDICA DE USTED Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A LA MISMA. FAVOR DE REVISARLA CUIDADOSAMENTE.**

Recibimos informacion acerca de usted cuando se inscribe en un plan de salud u otro programa de asistencia medica. Esta incluye su fecha de nacimiento, sexo, numero de identificacion, y otra informacion personal. Tambien recibimos cuentas, reports de sumedico y otros datos sobre su cuidado medico. No tenemos si guardamos su expediente medico.

**La ley nos requiere que:**

1. Mantegamos su informacion privada.
2. Que usted obtenga copia describiendo nuestros deberes legales, privacidad de practica, y sus derechos sobre su informacion medica.

**Tenemos el derecho de:**

1. Cambiar nuestra privacidad de practica y condiciones de este aviso a cualquier momento, a condicion de que la modificacion sea permitido por la ley.
2. Hacer los cambios en nuestra practica y los terminus de los nuevos terminus de nuestro aviso eficaz para toda la informacion medica quemantenemos, incluyendo informacion previamente creada o recibida antes de los cambios.

**NUESTRO COMPROMISO DE PRIVACIDAD CON USTED**

Nos interesa su privacidad. La informacion que juntamos acerca de usted es privada. Estamos obligados a darle a usted un aviso de nuestras practicas de privacidad. Solamente las personas tienen ambos el derecho legal y la necesidad pueden ver su informacion. A menos que usted nos de su permiso por escrito, solamente compartimos su informacion para propósitos de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud ,o cuando se nos obligue por ley.

**Tratamiento:** Podemos compartir la informacion medica de usted para coordinar su cuidado de salud. Por ejemplo, podemos avisarle a su medico sobre el cuidado que usted recibe en una sala de emergencia.

**Pagos:** Podemos usar y compartir informacion para que se cobre y se pague correctamente el cuidado que usted recibe. Por

ejemplo, podemos pedirle a la sala de emergencias los detalles antes de pagar la cuenta de su cuidado.

**Para operaciones de cuidado de salud:** Podemos utilizar y divulgar su informacion medica para nuestros operaciones de salud. Esto podria incluir la medicion y mejoracion de calidad. Evaluacion del desempeño de los empleados, la realizacion de programas de formacion, y conseguir la creditacion, los certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle.

**Usos adicionales y disclosures:** Ademas de utilizar y divulgar su informacion medica para tratamiento, pago y operaciones de atencion medica, es posible utilizar un medico para revelar informacion

- Ordenes judiciales y los procedimientos judiciales y administrativos
- Actividades de salud publica requeridas por la ley
- Victimias de abuso, negligencia o violencia domestica
- Compensacion de trabajadores
- Las actividades de supervision de la salud
- Aplicacion de ley
- Servicios de medicina alternative y complementaria

**Sus derechos individuales**

**Usted tiene derecho a:** Tener acceso y/o una copia de su informacion de salud

- Recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho de su informacion de salud
- Para solicitar restricciones a como su informacion de salud sea utilizada o divulgada
- A solicitar que nos comuniquemos con usted de confianza o discretamente
- A solicitar que corrijamos su informacion de salud
- A recibir una notificacion de nuestro aviso de privacidad

Yo \_\_\_\_\_ Reconozco que se me proporciono una copia y/o he tenido la oportunidad de leer y entender la notificacion.

\_\_\_\_\_  
**Firma de paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**