



FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE

Por favor complete todas las secciones con la mayor precisión posible.

PACIENTE: _____
NOMBRE INIC. APELLIDO

DATOS DEMOGRÁFICOS

ALTURA: _____ pies _____ pulg PESO: _____ lbs TALLA: _____ SEXO: M F OTRO: _____

OCUPACIÓN: _____ OCUPACIÓN ANTERIOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

TEL. CASA: _____ TRABAJO: _____ CELULAR: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

PROVEEDORES DE SALUD

MÉDICO DE CABECERA: _____ TEL: _____

CARDIÓLOGO: _____ ENDOCRINÓLOGO: _____

NEFRÓLOGO: _____ REUMATÓLOGO: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Omita esta sección si ya tenemos copia de su tarjeta de seguro.

SEGURO PRIMARIO

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____ FECHA NAC: _____

ID DE MIEMBRO / SSN: _____

SEGURO SECUNDARIO

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____ FECHA NAC: _____

ID DE MIEMBRO / SSN: _____

¿CÓMO NOS ENCONTRÓ?

- AMIGO/FAMILIAR GOOGLE YELP CHATGPT/IA
- PÁGINAS AMARILLAS OTRO: _____

¿ESTÁ EMBARAZADA? Sí NO _____

Si es así, ¿cuántos meses? _____

(¡Felicidades!)



PACIENTE:

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

HISTORIAL DEL PROBLEMA ACTUAL DEL PIE / TOBILLO

Marque todas las que apliquen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> UÑAS ENCARNADAS | <input type="checkbox"/> DOLOR DE TALÓN | <input type="checkbox"/> JUANETES |
| <input type="checkbox"/> HONGOS EN UÑAS | <input type="checkbox"/> DOLOR/RIGIDEZ ARTICULAR | <input type="checkbox"/> DEDOS EN MARTILLO |
| <input type="checkbox"/> VERRUGAS | <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN PIERNA/TOBILLO | <input type="checkbox"/> PIES PLANOS |
| <input type="checkbox"/> GOTA | <input type="checkbox"/> PIE DE ATLETA | <input type="checkbox"/> CREE QUE SUS PIES SON FEOS |

TRAUMA/OTRO:

¿CUÁL LADO: DERECHO IZQUIERDO AMBOS

¿CUÁL DEDO:

¿CUÁNTO TIEMPO HA TENIDO ESTE PROBLEMA?

DÍAS SEMANAS MESES AÑOS

¿HA RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO O TOMADO ALGO PARA ESTO?

¿YA HA VISTO A ALGUIEN POR ESTO? NO SÍ, ¿A QUIÉN:

ALERGIAS

ALERGIAS A ALIMENTOS:

ALERGIAS A CINTAS:

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA | <input type="checkbox"/> LIDOCAÍNA | <input type="checkbox"/> NOVOCAÍNA | <input type="checkbox"/> PENICILINA | <input type="checkbox"/> CIPRO | <input type="checkbox"/> YODO |
| <input type="checkbox"/> CODEÍNA | <input type="checkbox"/> VICODIN | <input type="checkbox"/> SULFAS | <input type="checkbox"/> MARISCOS | <input type="checkbox"/> CAMARÓN | <input type="checkbox"/> CÍTRICOS |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE DEL HENO | <input type="checkbox"/> CINTA | <input type="checkbox"/> ADHESIVO | <input type="checkbox"/> LÁTEX | <input type="checkbox"/> FORMULARIOS LARGOS | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |

OTRAS REACCIONES / SENSIBILIDADES:

MEDICAMENTOS ACTUALES

Liste todos sus medicamentos y dosis (o entregue su lista a la recepción):

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 8. _____ |
| 2. _____ | 9. _____ |
| 3. _____ | 10. _____ |
| 4. _____ | 11. _____ |
| 5. _____ | 12. _____ |
| 6. _____ | 13. _____ |
| 7. _____ | 14. _____ |

FARMACIA PREFERIDA:

TELÉFONO:



PACIENTE: _____

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

HISTORIAL MÉDICO

Marque todas las condiciones que le aplican ahora o en el pasado:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANEMIA/TRAST. SANGRE | <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> ASMA/FIEBRE HENO | <input type="checkbox"/> COÁGULOS SANGRE |
| <input type="checkbox"/> DOLOR PECHO ESFUERZO | <input type="checkbox"/> PARÁLISIS CEREBRAL | <input type="checkbox"/> DIABETES TIPO I | <input type="checkbox"/> DIABETES TIPO II |
| <input type="checkbox"/> DIÁLISIS | <input type="checkbox"/> ABUSO DROGAS/ALCOHOL | <input type="checkbox"/> TRAST. OÍDO/NARIZ/GARG. | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS EMOCIONALES |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PIEL | <input type="checkbox"/> ENFISEMA | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS OJOS |
| <input type="checkbox"/> GOTA | <input type="checkbox"/> DOLORES CABEZA | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> PRESIÓN ALTA |
| <input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL | <input type="checkbox"/> TRAST. HÍGADO | <input type="checkbox"/> NEUMONÍA |
| <input type="checkbox"/> SANGRADO PROLONGADO | <input type="checkbox"/> TRAST. PRÓSTATA | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA |
| <input type="checkbox"/> ETS | <input type="checkbox"/> TRAST. ESTOMACAL/ÚLCERA | <input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD TIROIDES | <input type="checkbox"/> TUMOR/CÁNCER | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CORAZÓN | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |

SI ES DIABÉTICO: _____ AÑOS: _____ AZÚCAR PROMEDIO: _____ HbA1C: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO

PROCEDIMIENTO / LESIÓN / ENFERMEDAD	AÑO	MÉDICO	HOSPITAL

HISTORIAL FAMILIAR

	Cáncer	Corazón	Presión	Derrame	Coágulos	Riñón	Diabetes	Mental	Enfisema
MATERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL SOCIAL

¿FUMA ACTUALMENTE? SÍ NO _____

AÑOS FUMANDO: _____ CAJETILLAS/DÍA: _____ FECHA QUE DEJÓ (SI ANTERIOR): _____

BEBIDAS CON CAFÉINA/DÍA: _____ ALCOHOL/SEMANA: _____

¿DROGAS ILÍCITAS? SÍ NO _____

¿VAPEA? SÍ NO _____

**PACIENTE:**

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

REVISIÓN COMPLETA DE SISTEMAS*Marque todos los síntomas que actualmente le apliquen:***CONSTITUCIONAL**

- | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN APETITO | <input type="checkbox"/> AUMENTO APETITO | <input type="checkbox"/> ESCALOFRÍOS | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> FIEBRE |
| <input type="checkbox"/> MALESTAR | <input type="checkbox"/> SUDORES NOCTURNOS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS SUEÑO | <input type="checkbox"/> AUMENTO PESO | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA PESO |

CARDIOLÓGICO

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN TOBILLOS | <input type="checkbox"/> CALAMBRES PANTORRILLAS | <input type="checkbox"/> DOLOR PECHO | <input type="checkbox"/> PALPITACIONES | <input type="checkbox"/> DOLOR MANDÍBULA |
| <input type="checkbox"/> SOPLO | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | <input type="checkbox"/> FALTA DE AIRE | | |

ENDOCRINO

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA FRÍO | <input type="checkbox"/> CABELLO SECO | <input type="checkbox"/> PIEL SECA | <input type="checkbox"/> SED EXTREMA | <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA CALOR |
| <input type="checkbox"/> BOCHORNOS | <input type="checkbox"/> HIPERGLUCEMIA | <input type="checkbox"/> CÁIDA CABELLO | <input type="checkbox"/> FATIGA INUSUAL | |

OÍDO/NARIZ/GARGANTA

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> TOS CRÓNICA | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD OÍR | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD TRAGAR | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA OLFATO | <input type="checkbox"/> GOTEJO POSTNASAL |
| <input type="checkbox"/> SANGRADO NASAL | <input type="checkbox"/> ZUMBIDO OÍDOS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS SENOS | <input type="checkbox"/> DOLOR GARGANTA | <input type="checkbox"/> GANGLIOS INFLAMADOS |
| <input type="checkbox"/> TINNITUS | | | | |

OJOS

- | | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> BIFOCALES | <input type="checkbox"/> VISIÓN BORROSA | <input type="checkbox"/> VISIÓN DOBLE | <input type="checkbox"/> HIPERMETROPÍA | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA VISIÓN |
| <input type="checkbox"/> MIOPIA | <input type="checkbox"/> FOTSENSIBILIDAD | | | |

GASTROINTESTINAL

- | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> SANGRE EN HECES | <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO | <input type="checkbox"/> DIARREA | <input type="checkbox"/> REFLUJO/ACIDEZ |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEAS | | | | |

GENITOURINARIO

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ESPASMO VEJIGA | <input type="checkbox"/> SANGRE EN ORINA | <input type="checkbox"/> ARDOR AL ORINAR | <input type="checkbox"/> INFECCIÓN URINARIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RIÑÓN |
| <input type="checkbox"/> QUISTES OVÁRICOS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PRÓSTATA | <input type="checkbox"/> FRECUENCIA URINARIA | <input type="checkbox"/> URGENCIA URINARIA | <input type="checkbox"/> FIBROMAS UTERINOS |

INMUNOLÓGICO

- | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> BROTE ARTRÍTICO | <input type="checkbox"/> ATAQUE ASMA RECIENTE | <input type="checkbox"/> ESTORNUDOS | <input type="checkbox"/> ALERGIAS AMBIENTALES | <input type="checkbox"/> OJOS LLOROSOS |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS ESTACIONALES | | | | |

PIEL

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ARDOR PIEL | <input type="checkbox"/> CASPA | <input type="checkbox"/> DERMATITIS | <input type="checkbox"/> ECZEMA | <input type="checkbox"/> CICATRIZACIÓN EXCESIVA |
| <input type="checkbox"/> SARPULLIDO | <input type="checkbox"/> HERIDAS NO SANAN | <input type="checkbox"/> BROTE PSORIASIS | <input type="checkbox"/> HORMIGUEO | |

LINFÁTICO

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> EDEMA TOBILLO | <input type="checkbox"/> TENDENCIA SANGRAR | <input type="checkbox"/> MORETONES FÁCILES | <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN PIERNAS |
| <input type="checkbox"/> CRISIS CÉL. FALCIFORMES | <input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN RECIENTE | <input type="checkbox"/> GANGLIOS INFLAMADOS | | |

MUSCULOESQUELÉTICO

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> DOLOR ESPALDA | <input type="checkbox"/> DOLOR ARTICULAR | <input type="checkbox"/> ENROJECIMIENTO ARTICULAR | <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN ARTICULAR | <input type="checkbox"/> CALAMBRES PIERNAS |
| <input type="checkbox"/> RIGIDEZ MATUTINA | <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD MUSCULAR | <input type="checkbox"/> DOLOR CUELLO | <input type="checkbox"/> RIGIDEZ | <input type="checkbox"/> DEBILIDAD MUSCULAR |
| <input type="checkbox"/> DIFICULTAD CAMINAR | | | | |

NEUROLÓGICO

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ARDOR DEDOS | <input type="checkbox"/> HIPERSENSIBILIDAD | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS NEUROLÓGICOS | <input type="checkbox"/> ENTUMECIMIENTO | <input type="checkbox"/> TEMBLORES |
| <input type="checkbox"/> PARÁLISIS | <input type="checkbox"/> CONVULSIÓN RECIENTE | <input type="checkbox"/> ENTUMECIMIENTO GUANTE | <input type="checkbox"/> HORMIGUEO EXTREMIDADES | <input type="checkbox"/> MOVIMIENTOS INCONTROLADOS |

PSIQUIÁTRICO

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TENDENCIAS ADICTIVAS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS IRA | <input type="checkbox"/> ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> INTENTO SUICIDIO | <input type="checkbox"/> CLAUSTROFOBIA |
| <input type="checkbox"/> COMER EXCESO | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> DESORIENTACIÓN | <input type="checkbox"/> IRRITABILIDAD | <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN LIBIDO |
| <input type="checkbox"/> PÉRDIDA MEMORIA | <input type="checkbox"/> CAMBIOS ESTADO MENTAL | <input type="checkbox"/> ATAQUES PÁNICO | <input type="checkbox"/> PARANOIA | <input type="checkbox"/> SUEÑO DEFICIENTE |
| <input type="checkbox"/> PENSAMIENTOS SUICIDAS | | | | |

RESPIRATORIO

- | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIFICULTADES RESPIRATORIAS | <input type="checkbox"/> SÍNTOMAS RESPIRATORIOS | <input type="checkbox"/> DOLOR PECHO/INSPIRACIÓN | <input type="checkbox"/> SIBILANCIAS | <input type="checkbox"/> RONQUIDOS |
| <input type="checkbox"/> ATAQUE ASMA RECIENTE | <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN TB | <input type="checkbox"/> FALTA DE AIRE | <input type="checkbox"/> APNEA SUEÑO | |



PACIENTE: _____
NOMBRE INIC. APELLIDO

FIRMAS Y CONSENTIMIENTOS

OPCIONES DE FIRMA: (1) Imprima y firme con pluma O (2) Use Adobe Acrobat Reader (gratis) "Rellenar y Firmar"

1 ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN

Yo, el/la paciente abajo firmante (o representante autorizado), por la presente hago las siguientes declaraciones, asignaciones y autorizaciones:
Asignación de Beneficios de Seguro. Por la presente asigno y autorizo el pago directo a Fallbrook Podiatry Inc. (Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M.) de todos y cada uno de los beneficios de seguro, beneficios de Medicare, beneficios de Medi-Cal, o beneficios pagaderos bajo cualquier otro plan de salud de terceros por servicios prestados a mi persona. Esta asignación aplica a todos los reclamos actuales y futuros derivados del tratamiento proporcionado por esta práctica, a menos que yo revoque esta asignación por escrito.
Responsabilidad Financiera. Entiendo y acepto que soy personalmente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios que me proporcione Fallbrook Podiatry Inc., independientemente de la cobertura de seguro. Esto incluye, pero no se limita a, copagos, coseguros, deducibles, servicios no cubiertos, servicios denegados por mi compañía de seguros, y cualquier saldo restante después del pago del seguro. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi persona y mi compañía de seguros, y que Fallbrook Podiatry Inc. no es parte de dicho contrato.
Aviso de Estimación de Buena Fe (Ley de No Sorpresas). Si no tengo seguro o elijo pagar por mi cuenta, entiendo que tengo derecho a recibir una Estimación de Buena Fe de los cargos esperados por servicios programados, según lo requerido por la ley federal (42 USC §300gg-111). Puedo solicitar una Estimación de Buena Fe en cualquier momento antes o después de recibir servicios.
Autorización para Divulgar Información para Facturación. Autorizo a Fallbrook Podiatry Inc. a divulgar cualquier información médica — incluyendo diagnósticos, registros de tratamiento, notas clínicas y resultados de estudios diagnósticos — necesaria para procesar reclamos de seguro, obtener preautorizaciones, o determinar elegibilidad de beneficios. Esta autorización permite la divulgación a mi compañía de seguros, Medicare, Medi-Cal, aseguradoras de compensación laboral, o cualquier otra entidad responsable del pago de mis servicios de salud.
Costos de Cobranza. En caso de que mi cuenta se atrase y sea referida a una agencia de cobranzas o abogado para su cobro, acepto pagar todos los costos razonables de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales incurridos en el esfuerzo de cobro, en la medida permitida por la ley de California.
Veracidad de la Información. Certifico que toda la información personal, demográfica y de seguro que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor entender. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en la denegación de cobertura, y acepto notificar a Fallbrook Podiatry Inc. de inmediato sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro, dirección o información de contacto.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

SI NO ES EL PACIENTE — RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Padre/Tutor Legal Rep. Legal/Poder Notarial Curador Otro: _____

2 RECONOCIMIENTO DE REFERENCIA HMO / ATENCIÓN ADMINISTRADA

Requisito de Referencia. Entiendo que si mi seguro es un HMO (Organización de Mantenimiento de Salud) u otro plan de atención administrada, debo obtener una referencia válida y/o autorización previa de mi médico de atención primaria (PCP) antes de cada visita a Fallbrook Podiatry Inc. Es mi responsabilidad — y no la responsabilidad de esta oficina — verificar que una referencia vigente esté en archivo y que la autorización no haya expirado.
Responsabilidad Financiera sin Referencia Válida. Si llevo a una cita sin una referencia o autorización válida y vigente cuando mi plan lo requiere, entiendo que seré personalmente responsable del costo total de esa visita y de todos los servicios prestados. Fallbrook Podiatry Inc. puede, a su discreción, intentar obtener una referencia en mi nombre, pero no tiene obligación de hacerlo y no garantiza que tales esfuerzos sean exitosos.
Coordinación de Atención. Autorizo a Fallbrook Podiatry Inc. a comunicarse con mi médico de atención primaria y/o proveedor que me refirió con respecto a mi plan de tratamiento, hallazgos clínicos y atención continua, según sea necesario para la coordinación adecuada de mi atención de salud.

FIRMA: _____ FECHA: _____

3 POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS Y AUSENCIAS

Entiendo y acepto las siguientes políticas de citas de Fallbrook Podiatry Inc.:
Aviso de Cancelación. Si necesito cancelar o reprogramar una cita, acepto proporcionar al menos 24 horas de aviso previo llamando al (760) 728-4800. Las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas de anticipación a la cita programada, o no presentarse a una cita programada sin aviso previo (una "ausencia"), pueden resultar en un cargo por ausencia.
Cargo por Ausencia. Se puede cobrar un cargo de hasta \$150.00 por citas perdidas o cancelaciones tardías. Este cargo no es facturable al seguro y es mi responsabilidad personal. Las ausencias repetidas pueden resultar en el alta de la práctica.
Llegada Tardía. Si llevo más de 15 minutos tarde a una cita programada, la oficina puede necesitar reprogramar mi visita para evitar interrumpir la atención de otros pacientes.
Emergencias. Entiendo que las emergencias genuinas y circunstancias inevitables serán tomadas en consideración, y que debo contactar a la oficina lo antes posible en tales situaciones.

FIRMA: _____ FECHA: _____

4 ACUSE DE RECIBO — AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

La ley federal (45 CFR §164.520) requiere que le proporcionemos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.



PACIENTE:

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Fallbrook Podiatry Inc. (Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M.). Este Aviso describe cómo mi información médica (Información de Salud Protegida, o "PHI" por sus siglas en inglés) puede ser utilizada y divulgada por Fallbrook Podiatry Inc. con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como otros usos y divulgaciones permitidos o requeridos por ley. El Aviso también explica mis derechos con respecto a mi información médica, incluyendo el derecho a:

- Solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga mi PHI (aunque la práctica no está obligada a aceptar todas las solicitudes)
- Solicitar recibir comunicaciones por medios alternativos o en ubicaciones alternativas (por ejemplo, contactarme solo a un número de teléfono específico)
- Inspeccionar y obtener una copia de mis registros médicos
- Solicitar enmiendas a mis registros médicos
- Recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones de mi PHI
- Presentar una queja ante la práctica o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si creo que se han violado mis derechos de privacidad

Entiendo que Fallbrook Podiatry Inc. se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la PHI que mantiene. Una copia actual del Aviso estará publicada en la oficina y está disponible en www.fallbrookfootdoctor.com.

- He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Declino recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en este momento, pero entiendo que puedo solicitar una en cualquier fecha futura.

Otras Instrucciones o Restricciones (opcional):

FIRMA:

FECHA:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

5 AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN

IMPORTANTE: Esta es una autorización HIPAA separada según lo requerido por 45 CFR §164.508 y el Código Civil de California §56.11.

Por la presente autorizo a Fallbrook Podiatry Inc. (Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M.) a obtener y/o divulgar mis registros médicos e información de salud — incluyendo notas clínicas, imágenes diagnósticas (radiografías), resultados de laboratorio, planes de tratamiento, informes quirúrgicos, fotografías y resultados de patología o biopsias — a y de las siguientes categorías de destinatarios:

- Mi(s) médico(s) que me refirió/refirieron y mi(s) proveedor(es) de atención primaria
- Otros proveedores de salud involucrados en mi atención
- Mi compañía de seguros, Medicare, Medi-Cal u otros pagadores terceros
- Laboratorios, centros de imagen, hospitales e instalaciones quirúrgicas
- Farmacias (para verificación de recetas)
- Representantes legales que yo haya designado por escrito

Propósito de la Divulgación: El propósito de esta autorización es facilitar mi tratamiento médico, coordinar mi atención entre proveedores, procesar reclamos de seguro y/o según lo solicite yo.

Vencimiento. Esta autorización no expira a menos que yo especifique una fecha de vencimiento aquí: _____.

Derecho a Revocar. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Fallbrook Podiatry Inc., 407 Potter Street, Suite A, Fallbrook, CA 92028. La revocación no afectará ninguna divulgación ya realizada de buena fe en base a esta autorización antes de la recepción de mi revocación escrita.

El Tratamiento No Está Condicionado a Firmar. Entiendo que Fallbrook Podiatry Inc. no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a si firmo o no esta autorización.

Aviso de Redivulgación. Entiendo que una vez que mi información de salud sea divulgada a un destinatario bajo esta autorización, puede estar sujeta a redivulgación por parte de ese destinatario y puede que ya no esté protegida por HIPAA o la ley de California, a menos que el destinatario esté independientemente obligado por dichas leyes.

Derecho a una Copia. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada cuando lo solicite.

FIRMA:

FECHA:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

SI FIRMA UN REPRESENTANTE PERSONAL:

- Padre/Tutor Legal Poder Notarial de Salud Curador Tutor Designado por Tribunal Otro: _____

6 CONSENTIMIENTO PARA MÉTODOS DE COMUNICACIÓN — TELÉFONO, TEXTO, CORREO ELECTRÓNICO Y BUZÓN DE VOZ

Autorizo a Fallbrook Podiatry Inc. y a sus agentes a contactarme para recordatorios de citas, seguimiento de atención, consultas de facturación, resultados de pruebas y otras comunicaciones relacionadas con la salud usando cualquiera de los siguientes métodos (marque todos los que apliquen):



PACIENTE: _____

NOMBRE INIC. APELLIDO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> LLAMADAS — CASA | <input type="checkbox"/> LLAMADAS — CELULAR |
| <input type="checkbox"/> LLAMADAS — TRABAJO | <input type="checkbox"/> MENSAJES DE BUZÓN DE VOZ |
| <input type="checkbox"/> MENSAJES DE TEXTO (SMS/MMS) | <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO |
| <input type="checkbox"/> PORTAL DE PACIENTES | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |

Si Otro, especifique: _____

¿PODEMOS DISCUTIR SU ATENCIÓN CON OTRA PERSONA? Sí

Nombre / Relación: _____ Teléfono: _____

Entiendo que estos métodos de comunicación no son totalmente seguros y que mi información de salud podría ser vista o escuchada por otros. Acepto este riesgo. Puedo cambiar mis preferencias en cualquier momento notificando a la oficina por escrito.

FIRMA: _____ FECHA: _____

7 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN, TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Yo, el/la paciente abajo firmante (o representante autorizado), voluntariamente consiento al examen y tratamiento por el Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M. y/o el personal clínico de Fallbrook Podiatry Inc. Entiendo que la medicina podológica abarca el diagnóstico, tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, manipulativo y eléctrico del pie humano, tobillo y tendones que se insertan en el pie, así como el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que gobiernan las funciones del pie (según el Código de Negocios y Profesiones de California §2472).

Alcance de Este Consentimiento. Este consentimiento cubre exámenes, evaluaciones y tratamientos ambulatorios de rutina, que pueden incluir, pero no se limitan a:

- Examen físico de los pies, tobillos y extremidades inferiores
- Radiografías y otras imágenes diagnósticas
- Ultrasonido diagnóstico
- Pruebas de laboratorio (análisis de sangre, cultivos, muestras de biopsia)
- Administración de anestesia local
- Cuidado de heridas y desbridamiento
- Terapias de inyección (corticosteroides, anestésicos, medicina regenerativa)
- Procedimientos de uñas (incluyendo remoción parcial o total de uñas)
- Procedimientos quirúrgicos menores en la oficina
- Enyesado, entablillado, vendaje y almohadillado
- Adaptación y dispensación de dispositivos ortopédicos y protésicos
- Prescripción de medicamentos
- Ejercicios de terapia física y rehabilitación

Consentimiento Quirúrgico Separado. Entiendo que cualquier procedimiento quirúrgico mayor requerirá un consentimiento informado separado y específico del procedimiento que se discutirá conmigo en detalle antes de la cirugía, incluyendo la naturaleza del procedimiento, beneficios esperados, riesgos materiales, alternativas y riesgos de rechazar el procedimiento, de acuerdo con la ley de consentimiento informado de California (Cobbs v. Grant, 8 Cal.3d 229; CACI 532-535).

Derecho a Rechazar. Entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier examen, tratamiento o procedimiento en cualquier momento. Si rechazo un tratamiento recomendado, se me explicarán los riesgos de ese rechazo, y se me puede pedir que firme un documento separado de "Rechazo Informado."

Sin Garantía de Resultados. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha hecho ninguna garantía con respecto al resultado de ningún examen, tratamiento o procedimiento.

Muestras de Tejido. Consiento al examen y disposición de cualquier tejido, partes del cuerpo o muestras removidas durante el curso de mi tratamiento, incluyendo el envío a un laboratorio para estudio patológico cuando sea considerado médicamente apropiado por mi médico tratante.

Preguntas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi atención, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

SI NO ES EL PACIENTE — RELACIÓN CON EL PACIENTE:

- Padre/Tutor Legal Rep. Legal/Poder Notarial Curador Otro: _____



PACIENTE:

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

8 AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFÍA, VIDEO Y USO EN MATERIALES DE MARKETING

ESTA ES UNA AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA. SU TRATAMIENTO NO SE VERÁ AFECTADO SI ELIGE NO FIRMAR.

Quién Puede Tomar y Usar Imágenes. Autorizo al Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M. y al personal clínico de Fallbrook Podiatry Inc. ("la Práctica") a tomar fotografías clínicas, videos y/o grabaciones de audio de mis pies, tobillos, extremidades inferiores y áreas relacionadas durante el curso de mi examen y tratamiento.

Descripción de la Información. Las imágenes y grabaciones pueden incluir fotografías o video de mis pies, tobillos, extremidades inferiores, heridas, sitios quirúrgicos y/o condiciones antes, durante y después del tratamiento. Estas imágenes pueden ser consideradas Información de Salud Protegida (PHI) bajo HIPAA si incluyen características identificables.

Usos Permitidos — Propósitos Clínicos (No Se Necesita Consentimiento Adicional). Entiendo que las fotografías clínicas tomadas con el propósito de documentar mi tratamiento son parte de mi expediente médico y pueden ser utilizadas para tratamiento, pago y operaciones de atención médica sin esta autorización separada.

Usos Permitidos — Propósitos de Marketing y Educación (Se Requiere Esta Autorización). Al firmar abajo, doy mi consentimiento específico y voluntario para que la Práctica utilice mis fotografías, videos, imagen, grabaciones de voz y/o mi testimonio como paciente (si lo proporciono) para los siguientes propósitos:

- El sitio web de la Práctica (www.fallbrookfootdoctor.com), incluyendo páginas en inglés y español
- Cuentas de redes sociales operadas por la Práctica (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, TikTok, X/Twitter, LinkedIn y cualquier plataforma futura)
- Materiales de marketing impresos (folletos, volantes, envíos postales, exhibiciones de oficina, carteles)
- Marketing digital y publicidad (anuncios en línea, boletines por correo electrónico, señalización digital)
- Presentaciones educativas, conferencias y congresos profesionales
- Presentaciones de casos de antes y después para pacientes potenciales
- Capacitación interna del personal y mejora de calidad

Esfuerzos de Desidentificación. La Práctica hará esfuerzos razonables para desidentificar las imágenes recortando rostros y eliminando características identificables cuando sea clínicamente factible. Sin embargo, entiendo que ciertas fotografías (incluyendo pero no limitado a fotos de rostro completo, imágenes que muestren marcas distintivas como tatuajes o cicatrices, y series de antes y después) pueden hacerme reconocible, y acepto ese riesgo.

Sin Compensación. Entiendo que no recibiré ningún pago, regalía u otra compensación por el uso de mis imágenes o testimonio, ni ahora ni en el futuro.

Propiedad. Entiendo que todas las fotografías, videos y grabaciones tomadas por la Práctica son propiedad de Fallbrook Podiatry Inc.

Réplicas Digitales. De conformidad con el Código Civil de California §3344 según fue enmendado por SB 683 (2025), entiendo que esta autorización cubre únicamente fotografías y grabaciones reales de mi persona y no autoriza la creación de ninguna réplica digital generada por inteligencia artificial de mi imagen, voz o identidad para ningún propósito.

Derecho de Publicidad de California. Renuncio a cualquier reclamo bajo el Código Civil de California §3344 (Derecho de Publicidad) para los usos específicos autorizados arriba, reservándome todos los derechos para cualquier uso no autorizado.

Consentimiento de Grabación de Dos Partes. En la medida en que cualquier grabación de audio o video se realice en relación con mi atención, consiento a dicha grabación de conformidad con el Código Penal de California §632.

Duración. Esta autorización no expira a menos que yo especifique una fecha de vencimiento aquí: _____.

Derecho a Revocar. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud escrita a: Fallbrook Podiatry Inc., Attn: Oficial de Privacidad, 407 Potter Street, Suite A, Fallbrook, CA 92028. Entiendo que:

- La revocación será efectiva al recibir mi solicitud escrita
- La Práctica no está obligada a recuperar o eliminar imágenes ya publicadas, impresas o distribuidas antes de recibir mi revocación, ya que esas divulgaciones fueron hechas de buena fe basándose en esta autorización
- La revocación no aplica a imágenes que han sido desidentificadas y ya no son individualmente identificables

El Tratamiento No Está Condicionado a Firmar. Fallbrook Podiatry Inc. no se negará a tratarme, y no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a si firmo o no esta autorización de marketing.

Aviso de Redivulgación. Entiendo que las imágenes o información publicadas en internet, redes sociales o materiales impresos pueden ser copiadas, compartidas o redistribuidas por terceros, y una vez publicadas, pueden ya no estar protegidas por HIPAA o las leyes de privacidad de California.

Derecho a una Copia. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

POR FAVOR ESCRIBA SUS INICIALES EN SUS ELECCIONES:

- _____ CONSIENTO al uso de mis fotografías/videos clínicos para propósitos de marketing como se describe arriba.
- _____ NO CONSIENTO al uso de mis fotografías/videos para propósitos de marketing.
- _____ Consiento al uso de marketing SOLO SI mi rostro y características identificables no son visibles.
- _____ Consiento al uso de un testimonio escrito que pueda proporcionar, con solo mi nombre y la inicial de mi apellido.
- _____ Consiento al uso de un testimonio escrito que pueda proporcionar, con mi nombre completo.
- _____ Consiento al uso de un testimonio en video.

FIRMA: _____

FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

SI FIRMA UN REPRESENTANTE PERSONAL:

- Padre/Tutor Legal
- Poder Notarial de Salud
- Curador
- Tutor Designado por Tribunal
- Otro: _____



PACIENTE:

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

VERIFICACIÓN Y ATESTACIÓN EN PERSONA

Yo, el/la abajo firmante, por la presente atestiguo y confirmo lo siguiente:

1. Todas las firmas electrónicas, iniciales y selecciones que aparecen en las páginas anteriores de este formulario de ingreso fueron realizadas por mí (o por mi representante autorizado identificado arriba) y reflejan con precisión mis intenciones.
2. He leído, o me han leído, cada sección de este formulario y entiendo el contenido, los derechos, las obligaciones y las autorizaciones descritas en el mismo.
3. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier sección que no entendí, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.
4. Estoy firmando esta atestación voluntariamente y en presencia de un miembro del personal de Fallbrook Podiatry Inc.

Esta firma se proporciona en persona en la oficina y sirve como verificación de testigo de que todos los consentimientos y autorizaciones anteriores son genuinos.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

ATESTIGUADO POR (Personal de Oficina):

Firma del Personal: _____

Fecha: _____

Nombre del Personal: _____

LO LOGRÓ. USTED ES INCREÍBLE.

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario minuciosamente.