



**The Foot Institute**  
**Efren Buff De La Rosa, DPM, FACFAS**  
**Diplomate, American Board of Podiatric Surgery**  
**Board Certified**

**Formulario del Registro del Paciente**

**Paciente:**

Apellido: _____	Fecha De Nacimiento: _____
Nombre: _____	Num. Seguro Social: _____
Direccion: _____	Empleador: _____
Ciudad: _____	Ocupacion: _____
Estado y Zona Postal: _____	Referido Por: _____
Tel. Del Hogar: _____	En caso de Emergencia: _____
Tel. Del Trabajo: _____	Tel. Del Emergencia: _____
Tel. Del Celular: _____	
Direccion de correo electronico _____	

**PARTE RESPONSIBLE:**

**(Persona Responsable por el pago de los cobros?)\* NECESITAMOS LA INFORMACION COMPLETA\***

Apellido: _____	Tel. Del Trabajo: _____
Nombre: _____	Relation al Paciente: _____
Direccion: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Ciudad: _____	Num. Seguro Social: _____
Estado y Zona Postal: _____	Empleador: _____
Tel. Del Hogar: _____	Ocupacion: _____

\*\*\*\*\*

**ASEGURANSA PRIMARIA**

Nombre de aseguransa: \_\_\_\_\_

**ASEGURANSA SECUDARIA**

Nombre de aseguransa: \_\_\_\_\_

**POLICA DE PAGO:**

**Todos los servicios proporcionados son al responsibilidad del paciente o el tutor del paciente. El paciente es responsable por la cuenta aun cuanto el paciente o el tutor de el paciente tiene aseguransa.**

AUTORIZO TRANSMITIR CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESSARIO PARA ACTUAL EN LA PEDICION DE RECLAMO PRESENTE. AUTORIZO EL PAGO DIRECTIO AL MEDICO QUE PRESTO LOS SERVICOS DETALLADOS EN LA FORMULARIO DE RECLAMO ADJUNTO.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

**Efren De La Rosa, DPM**  
**114 W. Castellano**  
**El Paso, TX 79912**

**Informacion Medica**

**Informacion General:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Esta usted embarazada? \_\_\_ Si esta, cuantos meses tienes? \_\_\_

Su problema del pie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuanto Tiempo : \_\_\_\_\_

Tipo de Dolor: \_\_\_\_\_

Tratamiento Anterior: \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos: \_\_\_\_\_

Recientemente con el tabajo: \_\_\_\_\_

**Historia Medica :**

Ultimo Examen Fisico: \_\_\_\_\_

Arthritis: \_\_\_\_\_

Medico General: \_\_\_\_\_

Alta Persion: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones/Cirugias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Problemas de Circulacion: \_\_\_\_\_

Enfermedades del Rinon/Higado: \_\_\_\_\_

Implantaciones de las conyonturas: \_\_\_\_\_

Positive al virus sida: \_\_\_\_\_

Fuma: \_\_\_\_\_ Cuanto \_\_\_\_\_

Recientemente a Perdido Peso: \_\_\_\_\_

Hemorragias: \_\_\_\_\_

Problemas con la cicatrizacion: \_\_\_\_\_

Ulceras en el estomago? \_\_\_\_\_

Enfermedades del Corazon: \_\_\_\_\_

Toma Bebidas Alcolicas: \_\_\_\_\_

A Usado Drogas Illegales Pasado/Presente: \_\_\_\_\_

Quien le recomendo nuestra Oficina: \_\_\_\_\_

Otras Enfermedades: \_\_\_\_\_

Historia Medica de su Familiares: \_\_\_\_\_

Informacion Tomada Por: \_\_\_\_\_

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

**Revisada por el Doctor (iniciales):** \_\_\_\_\_



## ACUERDO / CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Este es un acuerdo entre el Dr. Efrén De La Rosa y mí, estando de mutuo acuerdo con lo convenido y aceptando las condiciones, bajo las cuales doy pleno consentimiento para el tratamiento de mis pies y/o tobillos.

- Estoy en pleno conocimiento que el Dr. De La Rosa usará sus conocimientos y mejor juicio para optimizar los resultados de mi tratamiento. Sin embargo el Dr. De La Rosa no podría comprometerse a garantizarle que obtendrá el mejor resultado si complicaciones llegasen a sucederse. También le hace de su conocimiento que el tiempo de su recuperación de su cirugía y tratamiento pueda depender de las circunstancias y salud de cada paciente. Los resultados de cada cirugía y tratamiento son medidos de acuerdo a casos similares ya previamente vistos y cada caso pudiera ser distinto.
- Por mi parte, me comprometo con el Dr. De La Rosa y con sus asistentes de seguir las instrucciones incluyendo las terapias concernientes al cuidado de mis pies y/o tobillos. En caso de no seguir con lo previamente establecido, estoy en pleno conocimiento que podría afectar seriamente mi salud y que siendo así, la responsabilidad del Dr. De La Rosa y sus asistentes queda anulada.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Testigo: \_\_\_\_\_

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

**THE FOOT INSTITUTE**  
**114. W. Castellano Drive**  
**El Paso, Texas 79912**  
**(915) 532-3721**

Acknowledgement of Receipt of Notice or Privacy Practices

Recibo de Notificación de Prácticas de Confidencialidad

My signature below constitutes my acknowledgement that I have been provided a copy of the Notice of Privacy Practices.

Certifico que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Representative  
Firma de Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

If signed by legal representative, relationship to patient is: \_\_\_\_\_  
(Si esta firmado por representante legal, relacion al paciente es:)

\_\_\_\_ Patient declined to sign / Paciente declinó firmar

Reason / Razon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**THE FOOT INSTITUTE**  
**114. W. Castellano Drive**  
**El Paso, Texas 79912**  
**(915) 532-3721**

**Cortesía de facturación y verificación:**

De acuerdo con nuestro departamento de facturación y verificación nos gustaría informarle (nuestra paciente) que para que nuestra oficina para ofrecer a nuestros pacientes un servicio al cliente excelente, lo hacemos verificar todos los beneficios del seguro antes de la visita de los pacientes. Tenga en cuenta que esta es una cortesía para nuestros pacientes y notaciones todos verificación y facturación no es garantizada de pago por los servicios prestados.

Es importante que nuestros pacientes entiendan que ustedes son todavía económicamente responsable de la cuenta y cualquier saldos no pagados por su compañía de seguro (s). Estoy de acuerdo en pagar los saldos pendientes de pago que mi compañía de seguro (s) no paga por los servicios prestados a mí por el Dr. Efrén De La Rosa, DPM.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha