

Medical History / Historial Medico

Name/Nombre _____
Age/Edad _____ Wt/Peso _____ Ht/Altura _____ Circle: English / Espanol

CHECK THE FOLLOWING DISEASE/SYMPTOMS YOU HAVE OR HAD IN THE PAST.

Marque las siguientes enfermedades o sintomas que tiene o ha tenido en el pasado

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seizures/Convulsions Ataques Epilepticos/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Blood Clotting Problems Problemas de Coagulacion de la Sangre |
| <input type="checkbox"/> Stroke / Embolia Cerebral | <input type="checkbox"/> Anemia (Low Blood) Anemia (Sangre Baja) |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / Presion Alta | <input type="checkbox"/> Pregnant/Last Period was _____ Embarazada/ultimo periodo _____ |
| <input type="checkbox"/> Heart Attack / Ataque al Corazon | <input type="checkbox"/> Liver Problems/Problemas Con El Igado |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain (Angina) / Dolor del Pecho | <input type="checkbox"/> Back or Neck Problems Problemas en el Cuello o Espalda |
| <input type="checkbox"/> Palpitations/Skipped Beats Palpitaciones/Latidos Irregulares | <input type="checkbox"/> Limitations: <input type="checkbox"/> Auditory <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mobility Limitacion: <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Movilidad |
| <input type="checkbox"/> Heart Failure/Pacemaker Corazon Congestionado/Marcopaso | <input type="checkbox"/> Previous Problems with Anesthesia _____ Problemas Previos con Anestesia |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur/Rheumatic Fever Soplo del Corazon/Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Family Problems with Anesthesia _____ Problemas Previos con anestesia en al Familia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes | <input type="checkbox"/> Use of Cocaine, Meth or IV Drugs _____ Uso de Cocaína O Drogas Intravenosas |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Bronchitis/Emphysema Asma/Bronquitis/Emfisema | <input type="checkbox"/> Smoke _____ packs per day Fuma _____ paquetes por dia |
| <input type="checkbox"/> Sleep Apnea Apnea periodos sin respirar al dormir | <input type="checkbox"/> Type & Number of Alcoholic Drinks Per Day Tipo y cantidad de tragos de alcohol al dia _____ |
| <input type="checkbox"/> Cold in the Last 2 Weeks Resfriado en las ultimas 2 semanas | |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia/Tuberculosis Neumonia/Turberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Ulcers/Heartburn/Hiatal Hernia Ulceras/Acides Estomacal/Hernia Hiatal | Latex Allergy/alergia latex Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/Jaundice Hepatitis/Histericia | |
| <input type="checkbox"/> Kidney Problems / Problemas De Rion | |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Problems/Problemas de la Tiroides | |

List Previous Operations:

Nombre Operaciones Anteriores:

List Medications & Doses You Are Taking:

Nombre Medicamento Y La Dosis Que Toma:

Name/Nombre

Dose/La Dosis

Freq

List Medication Allergies & Reaction

Nombre Alergia A Medicamento Y Su Reacion

Medication/Medicamento

Reaction/Reacion

**SALINAS VALLEY FOOT AND ANKLE SPECIALISTS
110 HARDEN PARKWAY STE # 101
SALINAS, CA 93906
(831)443-6050**

POLIZA DE AUSENCIA Y RETRASO

Es aconsejado que usted debe llamar y debe cancelar su cita por lo menos con 24 horas de anticipacion, si usted no va poder asistir a su cita, Si usted no cancela su cita para una visita de la oficina y no se presenta, entonces se le ara un cargo de \$25.00. Su compania de seguro no pagara este honorario y por lo tanto, usted es esperado a pagar el cargo de \$25.00, antes de su proxima visita.

Tambien, como una cortesia a otros pacientes, nosotros pedimos que usted llege a tiempo a su cita, Si usted llega tarde a su cita se le va a pedir que usted re programe su cita para otro dia.

He leido y entiendo que la poliza de Ausencia y Retraso de esta officina puede ser enmendada o cambiada de vez en cuando por esta officina.

FIRMA

FECHA

LETRA DE MOLDE

LA FIRMA DEL PARTIDO CO-RESPONSABLE

Quien te Refirió a Nuestra Oficina: _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al Dr. _____ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serian pagados a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la informacion del cuidado de la salud acerca de mi y puede divulgar dicha informacion a la(s) Compania(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a su agents con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro a los beneficios pagados por los servicios relacionados. Esta autorizacion terminara cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

AUTORIZACION DE MEDICARE/MEDIGAP

Yo autorizo que los pagos de Medicare o Beneficios suplementales sean hechos al Dr. David Abdo, por los servicios que me rendio pore se dia de servicio.

A lo que esta permitido por la ley, Yo autorizo que la informacion de mi sea mandada al Centro de Medicare y servicios de Medicaid y sus agents para verificar cualquier beneficio.

Firma del Beneficiario, Guardian o Representante

Fecha

ATTENCION TODOS LOS PACIENTES

Nosotros mandamus cobrar su aseguranza como cortesia a usted. Usted necesita darnos la asegurance que este correcta y al corriente el dia de su visita, (La aseguranza PRIMARIA y SECUNDARIA). Si la informacion que nos da esta incorrecta, USTED sera responsable por pagar ese dia de servicio.

Firma del Paciente / Guardian

Fecha

David C. Abdoo, DPM
SALINAS VALLEY FOOT & ANKLE
110 HARDEN PARKWAY, STE. 101
SALINAS, CA 93906

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. Seg.Soc: _____

Paciente: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Numero de Celular: _____

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: M F Edad: _____ Casado (a) Viudo (a) Soltero (a) Divorciado (a)

Menor de Edad
Persona Responsable por la Cuenta: _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección de Persona Responsable: _____ ///

Numero de Telefono de Persona Responsable _____
Relacion con el Paciente: _____ No.Seg.Soc: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Empleador o Escuela del Paciente: _____
Dirección del Empleador o Escuela: _____
Ocupación: _____ Teléfono del Empleador o Escuela: _____

Nombre de Esposo (a): _____ No.Seg.Soc: _____
Empleador de Esposo(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
Numero de telefono de Empleador: _____

Nombre de Aseguransa Principal: _____
Nombre del Suscriptor: _____ Relacion con el Paciente: _____
Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____
Numero de Contrato: _____ # de Grupo: _____

Nombre de Aseguransa Secundaria: _____
Nombre del Suscriptor: _____ Relacion con el Paciente: _____
Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____
Numero de Contrato: _____ # de Grupo: _____

En Caso de Emergencia, ¿a quien se debiera notificar? _____
Relacion al Paciente: _____ # de telefono _____
Nombre de te Pharmacia: _____

David C. Abdo, DPM

Salinas Valley Foot & Ankle
110 Harden Parkway Ste. 101
Salinas, CA 93906

Central Coast Foot & Ankle
278 Green Valley Rd
Freedom, CA 95019

Date: _____ Date of Birth: _____ Social Security#: _____

Patient: _____
LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL

Home Phone: _____ Work Phone: _____
Cell Phone: _____ Alternate Phone: _____

Street Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

Mailing Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

Sex: Male Female Patients Age: _____ Married Widowed
 Single Divorced

Minor
If Patient is a Minor Responsible Party: _____
Responsible Party Address: _____
Responsible Party Phone#: Home: _____ Work: _____
Relationship to Patient: _____ Social Security#: _____
Date of Birth: _____

Patient Employer/School: _____
Employer/School Address: _____
Occupation: _____ Employer/School Phone#: _____

Spouse Name: _____ Social Security# _____
Spouse Employed By: _____ Date of Birth: _____
Employer Phone: _____ Employer Address: _____

Name of Primary Insurance: _____
Subscriber Name: _____ Relation to Patient: _____
Subscriber Date of Birth: _____
Subscriber/ID#: _____ Group#: _____

Name of Secondary Insurance: _____
Subscriber Name: _____ Relation to Patient: _____
Subscriber Date of Birth: _____
Subscriber/ID#: _____ Group#: _____

In Case of Emergency, Who should be Notified? _____
Relationship to Patient: _____ Phone #: _____
Your Drugstore Name: _____
Who Referred you to our Practice or Your Primary Doctor: _____

INSURANCE ASSIGNMENT AND RELEASE

I certify that I, and/or my dependents(s), have insurance coverage with _____ and assign directly

Name of Insurance Company (ies)

To Dr. David Abdoo all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by my insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submissions.

The above-named physician may use my health care information and may disclose such information to the above named Insurance Company (ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services. This consent will end when my current treatment plan is completed or one year from the date signed below.

Signature of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Date

Please Print Name of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Date

MEDICARE/MEDIGAP AUTHORIZATION

I request that payment of authorized Medicare benefits and, if applicable, Medigap benefits, be made either to me or to on my behalf to Dr. David Abdoo for any services furnished to me by this provider.

To the extent permitted by law, I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Centers for Medicare and Medicaid Services, my Medigap insurer, and their agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services.

Signature of Beneficiary, Guardian or Personal Representative

Please Print Name of Beneficiary, Guardian, or Personal Representative

Date

Relationship to Beneficiary

ATTENTION ALL PATIENTS

We will bill your insurance as a courtesy for you. You will need to provide us with **current** and **correct** Insurance information at the time of service, (both **Primary** and **Secondary** coverage information). If incorrect or out dated insurance information is provided to us, **You** will be responsible for payment of services.

Patient Name

Patient/Guardian Signature

Date Signed

David C. Abdoo, DPM
Salinas Valley Foot & Ankle Specialist
110 Harden Parkway, Ste. 101
Salinas, CA 93906

NO-SHOW/TARDY POLICY

Please be advised that you must call and cancel your appointment at least 24 hours prior to your appointment if you cannot make it. If you do not cancel your appointment for an office visit and do not show up, then you will be charged a \$25.00 "No-Show" fee. Your Insurance Company will not pay this fee and, therefore, you are expected to pay the \$25.00, prior to your next visit.

Also, as a courtesy to other patients, we ask that you arrive on time to your appointment. If you arrive late to your appointment we may ask you to reschedule your appointment.

I have read and understand the "No Show" and "Tardy" policy of the practice, and I agree that such terms may be amended from time to time in the practice.

PATIENT NAME

SIGNATURE (of patient or responsible party)

DATE