



CERTIFIED
FOOT & ANKLE
SPECIALISTS, P.L.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ SSN# _____

Sexo: Masculino / Femenino Estado Civil: Casado(a) / Soltero(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a) Edad: _____

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

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

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____ Usted tiene un testamento de vida? _____

Como se entero de nuestra oficina? _____ Idioma (Inglés, Español etc.)? _____

Nombre de Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Nombre de su Farmacia: _____ Teléfono: _____

Nombre de Empleador: _____ Teléfono: _____

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

Persona responsable por el pago o Padre (Complete solamente si no es el paciente)

Nombre de Abonador: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ SSN# _____

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

Teléfono: _____ Relación al paciente: Esposo(a) / Padre / Yo mismo

Nombre de Empleador: _____ Teléfono: _____

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

A quien debemos llamar en caso de emergencia?

Nombre: _____ Relación al paciente: Padre / Hijo(a) / Esposo(a) / Other: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

SU VISITA ES RELACIONADA A UN ACCIDENTE LABORAL O UN ACCIDENTE DE AUTO? NO / SI (SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR NOTIFICAR A LA RECEPCIONISTA)

Yo autorizo que cualquier información médica necesaria para procesar el pago de mi cuenta se le entregue a mi compañía de seguro y pido que los pagos de beneficios se hagan a Certified Foot & Ankle Specialists. Yo acierto que soy financieramente responsable por el pago, aunque sea o no cubierto por mi seguro de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

¿ Cual es la razón de su visita hoy? (Por favor explique cuando empezó, duración, calidad y lugar de el dolor o molestia)

REPASO DE LOS SISTEMAS

Por favor circule todo lo que corresponda en cada sistema de el cuerpo

Constitucional: Fiebre Subida de peso Perdida de peso Cambio de apetito Sudores en la noche Fatiga Escalofríos

Ojos: Borrosos Vision doble Perdida de vision Lagrimas Enrojecidos Dolor Sensibilidad a la luz Glaucoma

Boca, Garganta, Nariz, Oído: Pérdida de audición Campaneo en los oídos Dolor de oído Sangramiento de nariz
Congestion/Drenaje nasal Irritación de Boca/ Garganta Problemas de dientes

Cardiovascular: Dolor/ presión de pecho Taticardia Palpitacion Sudores Piernas Hinchadas Presion alta/baja

Pulmonar: Tos Flema amarilla/ verde Flema con sangre Falta de aire Respiración sibilante

Gastrointestinal: Nausea Vomito Diarrea Estreñimiento Dolor Sangre en excremento Acidez Dificultad al tragar

Genitourinario: Incontinencia Sangramiento anormal Flujo anormal Frecuencia urinaria / vacilación Dolor
Impotencia/problema sexual Infección Retención urinaria otro: _____

Musculoskeletal: Dolor Entumecimiento Coyunrueas enrojecidas/tibias Artritis Dolor de espalda Devilidad
Desgaste de musculo Torcedura/Fractura

Neurologico: Dolor de cabeza Debilidad Mareos Cambio de voz Cambio en el sabor Cambios auditorios Problema de equilibrio
Pérdida /cambio de sensación Problemas para caminar Problema de coordinación Temblores Problema del habla

¿Sufre usted de pérdida de equilibrio, inestabilidad al caminar o antecedentes de caídas? SI o NO

ALERGIAS: ASPIRINA CODEINA PENICILLINA SULFA LÁTEX CINTA MEDICA OTHER: _____

MEDICAMENTOS: POR FAVOR ESCRIBA O ADJUNTAR LISTA:

_____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Problema: _____

_____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Problema: _____

_____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Problema: _____

_____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Problema: _____

HIPAA INFORMATION AND CONSENT FORM

El Acto de portabilidad y contabilidad de seguro medico (HIPAA) provee resguardos para proteger su privacidad. La implementación de los requerimientos de HIPAA oficialmente empezaron el 14 de Abril del 2003. Muchas de estas pólizas han sido parte de nuestra oficina por años. Este formulatio es una version mas amistosa. Un texto completo del acta esta expuesto en la oficina.

De que se trata esto: Especificamente existen reglas y restricciones sobre quien puede ver o ser notificado de su información médica protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el normal intercambio de información necesaria para proveerle servicios en nuestra oficina. HIPAA le da ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Nosotros balanceamos estas necesidades con nuestro objetivo de proveerle servicios y cuidados profesionales de calidad. Información adicional esta disponible por medio de el Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos. www.hhs.gov

Nosotros hemos adopado las siguientes pólizas:

1. La información del paciente será confidencial excepto cuando sea necesario para proveer servicios o asegurarse que todos los asuntos administrativos relacionados con su cuidado sean manejadas apropiadamente. Esto Específicamente incluye el compartir su información con otros doctores, laboratorios, empresas de seguro medico, como sea necesario y apropiado para su cuidado. Los expedients de los pacientes pudieran ser guardados en archivadores abiertos y no tendrán códigos que identifiquen las condiciones médicas o información que ya no sea parte del registro publico. El procedimiento normal de proveer cuidados quiere decir que los expedients pudieran dejarse, por lo menos temporariamente, en áreas administrativas como la recepción, cuartos de examinacion, etc. Esos expedients no serán disponibles a personas que no sean empleados de la oficina. Usted esta de acuerdo con el procedimiento normal utilizado en nuestra oficina para manejar los archivos medicos, PHI y otros documentos o información.
2. Es la póliza de esta oficina de recordarle a los pacientes de sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo regular, o por cualquier otro medio conveniente para nuestra oficina y/o requerido por usted. Le pudiéramos enviar otras comunicaiones informandole sobre cambios de pólizas y de nueva tecnología que usted pudiera encontrar valiosa o informativa.
3. Nuestra oficina utiliza varios vendedors como transcurso de nuestro negocio. Estos vendedores pudieran tener acceso a PHI pero tienen que estar de acuerdo a seguir las reglas de confidencialiad de HIPAA.
4. Usted entiende y esta de acuerdo con inspecciones de nuestra oficina en donde documentos que pueden incluir PHI serán revisados por agencias del gobierno o empresas de seguro como desempeño normal de sus funciones.
5. Usted esta de acuerdo en informarle al administrador de la oficina o al doctor de cualquier problema o preocupación que tenga relacionada con su privacidad.
6. Su información confidencial no será usada para propagandas, anuncios, comerciales de productos o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proveerle a los pacientes con acceso a sus archivos médicos de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Nosotros podemos cambiar, añadir, quitar, o modificar cualquiera de estas provisiones para servir mejor las necesidades de el paciente y la oficina.
9. Usted tiene el derecho de pedir que restricciones se usen en el uso de su información de salud protegida y pedir un cambio en ciertas pólizas usadas en nuestra oficina referente a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar nuestras políticas internas para cumplir con su solicitud.

Yo _____, Fecha _____, doy mi
consentimiento y estoy de acuerdo con los términos descritos en este Formulario de Información de HHIPAA y a cualquier cambio subsecuente en la póliza de la oficina. Yo Entiendo que este consentimiento se esta dando desde ahora y en adelante

Autorización Para Dar Información Médica y Mantener La Confidencialidad Con Los Requisitos de HIPAA

Certified Foot & Ankle Specialists, P.L. cumple con los requisitos de HIPAA. Nosotros hacemos todo lo posible para proteger su privacidad. Creemos que es importante que usted entienda sus derechos como paciente a la privacidad. Si tiene alguna preocupación por favor hable con el encargado de nuestra oficina. Yo entiendo que Certified Foot & Ankle Specialists, P.L. Cumple con los requisitos de HIPAA. Todos los archivos médicos son confidenciales y no pueden ser divulgados sin el consentimiento por escrito del paciente a quien le pertenecen. Yo también entiendo que bajo las leyes del Estado de la Florida yo tengo derecho a mis archivos médicos. También entiendo que puedo pedir que mis archivos sean divulgados a otros doctores o facilidades médicas; pero lo tengo que pedir por escrito. Entiendo que bajo la ley esta oficina nada mas puede divulgar archivos creados por Certified Foot & Ankle Specialits. P.L. y no pueden divulgar ningún archivo medico generado por otro doctor, hospital o facilidad médica. Estoy de acuerdo en aceptar responsabilidad por gastos de hacerle copias a mis archivos de acuerdo con los Estatutos del Estado de la Florida. Yo entiendo que los empleados no tienen responsabilidad con respecto a cualquier aspecto de esta autorización. También entiendo que tengo el derecho de quejarme con esta oficina o con la Secretatía de HHS si siento que mis derechos de privacidad han sido violados. Es la póliza de esta oficina de no tomar acciones negativas contra cualquier paiente que de una queja.

Iniciales _____. Yo entiendo que firmando este formulario también estoy autorizando que quien tenga mi información médica pueda divulgar esa información a mi compañía de seguro de salud, la administración financiera de cuidados de salud, sus intermediaries y proveedores por un reclamo médico. Yo autorizo la divulgación de mis archivos médicos a otros doctores, hospitals y/o facilidades médicas necesarias para proveer mis cuidados médicos. Yo entiendo que Certified Foot & Ankle Specialists, P.L. pudieran tener que enviar por fax mis archivos médicos a hospitals y/o doctores y trataran de hacer todo lo posible por mantener la confidencialidad de mis archivos médicos. **Iniciales** _____. Yo le doy a Certified Foot & Ankle Specialist, P.L. autorización para divulgar cualquier información referente a mi condición médica a

(porfavor escribe los nombre(s)) _____ **Iniciales** _____. Yo **autorizó** a Certified Foot & Ankle Specialists, P.L. a que dejen mi información médica en mi maquina contestadora y/o darle mi información médica a mi esposo/a. **Iniciales** _____. Si usted **no autoriza** a Certified Foot & Ankle Specialist, P.L.a divulgar ninguno de sus archivos médicos a nadie en su familia o a dejar su información médica en su contestadora, por favor dígaselo a la recepcionista. **Firmando debajo usted afirma que used a leído, esta de acuerdo con y entiende lo escrito anteriormente.**

Nombre en Letra de Molde: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Método de Pago y Póliza Financiera

Yo entiendo que Certified Foot & Ankle Specialist, P.L. ha acordado a aceptar Medicare y/o seguro de salud como pago de mis costos médicos. Firmando debajo, yo reconozco que soy completamente responsable por cualquier saldo después que Medicare y/o mi seguro de salud le haya pagado a Certified Foot & Ankle Specialist, P.L. que pudiera ser resultado de mi deducible anual, co-seguro, y/o co-pago. También entiendo que cualquier beneficio dado a Certified Foot & Ankle Specialist, P.L. por mi seguro de salud no es garantía de mis beneficios ya que son sujetos a cambios. También entiendo que es mi responsabilidad como paciente de obtener un referido si mi póliza de seguro de salud lo requiere. También entiendo que si no presento un referido y un referido es necesario, mi compañía de seguro de salud pudiera negarse a pagar mi reclamo medico como resultado de no haber obtenido un referido.

Iniciales _____. Pago es requerido al mismo tiempo en el cual servicios médicos son proveidos. Certified Foot & Ankle Specialist, P.L. es un proveedor que participa con Medicare, BCBS y la mayoría de los planes de PPO y HMO. Por favor verifique con la recepcionista para asegurarse que nuestra oficina es un proveedor que participa con su seguro medico. Nuestra oficina automáticamente somete los reclamos médicos a los seguros de salud. Yo entiendo que soy responsable por cualquier co-pago, co-seguro o deducible en el momento que recibo servicios médicos. **Iniciales** _____. Aceptamos MasterCard, Visa, American Express, Discover al igual que efectivo y cheques. Por favor tome en cuenta que si escribe un cheque y no tiene fondos, le cobraremos a su cuenta \$25 como recargo. En el caso que su cuenta deba ser entregada a una agencia de colecciones o a un abogado, se le cobrara adicionalmente un 30% del saldo para recobrar los costos de colección. Si su reclamo medico no es pagado dentro de un period de 90 días, el reclamo será pasado a responsabilidad del paciente y si el pago no es hecho dentro de un period de tiempo razonable, la cuenta será entregada a una agencia de colecciones o a un abogado. **Firmando debajo usted afirma que used a leído, esta de acuerdo con y entiende lo escrito anteriormente.**

Nombre en Letra de Molde: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____



Kyle Kinmon, MS, DPM, FACFAS

Board Certified, Foot Surgery, Reconstructive Rearfoot and Ankle Surgery

Julio Ortiz, DPM, FACFAS

Board Certified, Foot Surgery, Reconstructive Rearfoot and Ankle Surgery

Jason LeVitre, DPM, FACFAS

Board Certified, Foot Surgery

Shawn Norris, DPM, ACFAS

Raymond Rowan, DPM, FACFAOM, AACFAS

Gary Lieber, DPM, DABLES

Ashley Bowles, DPM, AACFAS

Christopher Chiodo, DPM, ABPM

Nanette Diaz-Rispler, DPM

No Call / No Show Policy

A continuación podrá encontrar nuestros reglamentos sobre sus citas programadas si usted no llama o no llega. Se requiere que usted se comunicó con nuestra oficina con un mínimo de 24 horas de anticipación al horario de su cita.

- La 1ª vez que suceda esto se le dará una advertencia y se le enviara una carta certificada que le notificara que ha perdido una cita.
- La segunda vez que esto suceda, se le facturara un cargo de \$120 por la cita que usted no se presento. Todos los cargos deben ser pagados en su totalidad antes de la programación de citas futuras.
- La tercera vez que usted no llame ni se presente a su cita , se le enviará una carta certificada de la práctica explicándole que se le esta dando de alta de nuestra práctica

Agradecemos su comprensión sobre nuestros nuevos reglamentos y procedimientos. Estamos haciendo cambios para que sea una mejor experiencia total para todos nuestros pacientes .

Gracias

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Advanced, Comprehensive Conservative and Surgical Treatment of the Foot, Ankle and Lower Leg

Boca Raton
(561)995-0229

Boynton Beach
(561)369-2199

West Palm Beach
(561)357-9330

Coral Springs
(954)753-3030

Coconut Creek
(954)979-0505

Palm City
(772)288-3338

Fort Lauderdale (954)561-3338