



Bienvenido Al Centro de Pies y tobillos de Centro Florida

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	INFORMACIÓN DEL SEGURO
Fecha _____ Nombre del Paciente _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____ Postal _____ Correo Electronico _____ City _____ Estado _____ Postal _____ SS # _____ DL # _____	Nombre del Asegurado _____ Nombre del seguro PRIMARIO _____ Número de la póliza _____ ¿Está el paciente cubierto por otro seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del suscriptor _____ Nombre del seguro SECUNDARIO _____ Número de la póliza _____
Correo Electronico _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad _____ Fecha De Nacimiento _____ <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	ASIGNACIÓN DE SEGUROS Y LIBERACIÓN
NÚMEROS DE TELÉFONO Teléfono (____) _____ Celular (____) _____	<p>Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a Central Florida Foot and Ankle Center, LLC por cualquier servicio que se me brinde. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiación de la Atención Médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica "otro seguro de salud" en el ítem 9 del formulario HCFA-1500, o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados o reclamos enviados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia que se muestra en los casos asignados, los médicos o proveedores acepta aceptar la determinación del cargo de la compañía de seguros como el cargo total, y el paciente es responsable solo del deducible, coseguro, copago y / o no cubierto en los servicios no pagados. El coseguro, el copago y el deducible se basan en la determinación del cargo del seguro.</p>
En caso de emergencia, póngase en contacto Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____ ¿Cómo se enteró de nosotros? _____	_____ Firma del paciente, tutor o representante personal _____ Por favor, escriba el nombre del paciente, guardián o representante personal _____ Fecha de Hoy _____
Por favor indique que tipo de problemas en los pies tienes o hayas tenido en el pasado: calambre en los pies of piernas callos pies/piernas entomecido dolor de tobillo pies planos dolor en los talones unas encarnadas juanetes	Uso de la oficina solamente: Verificado por : _____ Fecha : _____ Revisado por: _____ Fecha : _____ DL : _____ INS : _____

Historia Podiatrica	
¿Cuál es el motivo por la cual vienes hoy? _____ _____	¿Hay alguna historia personal o familiar de la diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ocupación/Trabajo _____

<p>Esta lesión/problema es relacionado con:</p> <p>Trabajo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Accidentes Automovilísticos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Caso de lesiones personales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Existe una demanda en curso con respecto a esta lesión?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Uso de Cigarrillo o Tabaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Años fumado _____</p> <p>Tamaño del zapato: _____ Peso: _____ Altura: _____</p> <p>¿Estas o alguna ves has usado algun tipo de drogas callejera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si escogiste si, ¿que tipo de drogas?</p> <p>Actividades deportivas en las que participas(indique las frecuencias):</p> <p>Hace cuanto has tenido el problema?</p> <p>Describe lo que sientes:</p>
---	---

Por favor **círcula** para indicar si has tenido alguno de las siguientes:

Reflujo Acído / GERD Amputación de alguna parte del cuerpo o extremidad SIDA/VIH Artritis Válvulas cardíacas artificiales Articulaciones Artificiales Tipo de Cancer: Dependencia química a que? Problemas ciculatorias EPOC Diabetes: Tipo__ Años Problemas de Oído	Epilepsia Gota Hepatitis o Ictericia Tipo__ Cuando Alta Presión Colesterol Alto Problemas del hígado Baja Presión Neuropatía	Marcapasos Cuidado psiquiátrico Cuando: RSD Falta de aliento Derrame Cerebral Enfermedad de tiroide	Tuberculosis Úlceras Venas varicosas Otro:
---	--	---	---

Medico Familiar _____ Ultima Visita

Cirugías que has tenido: _____

Alergias (por favor escriba todos) _____

MEDICAMENTOS

Medicamentos que toma, incluyendo vitaminas o cualquier otro medicamento:

Nombre de Farmacia (s) _____

Teléfono Farmacia (s) (_____) _____

¿Toma anticonceptivos orales? No Sí

¿Toma alguna diluyentes de la sangre? No Sí what _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente, doy mi consentimiento y doy mi permiso al médico (y a los asistentes del médico o reemplazo designado) para que me administre y realice los procedimientos que el médico considere necesarios.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha _____

Por favor escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha _____

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

He recibido /tuve la oportunidad de leer y entender el Aviso de Prácticas de Privacidad escrito en mi idioma. El aviso fue actualizado en el día del 23 de mes de Septiembre, del año 2013 y proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede realizar esta práctica, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos y las obligaciones legales de la práctica con respecto a mi información.

Entiendo que esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de prácticas de privacidad, y de hacer cambios con respecto a toda la información de salud protegida, residente o controlada por esta práctica. Si se producen cambios en la política, esta práctica me proporcionará un Aviso de prácticas de privacidad revisado previa solicitud por escrito.

Nombre del paciente o la parte responsable

Firma del paciente o la parte responsable Fecha

RECONOCIMIENTO DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS

Las políticas y procedimientos para CFFAC se pueden encontrar en línea en www.flfootandankle.com. Al firmar abajo, testifico que he leído, he podido tener la oportunidad de leer o puedo solicitar una copia de las políticas y procedimientos en el momento de mi cita para mis propios registros. Entiendo estas políticas y procedimientos y los cumpliré.

Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para mi compañía de seguros, hospitales o médicos involucrado en mi cuidado. También autorizo el pago de beneficios médicos al Central Florida Foot and Ankle Center y cualquier / todos doctores del Centro de Pie y Tobillo de Florida Central

Nombre del paciente o la parte responsable

Firma del paciente o la parte responsable Fecha

CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTOS, PAGOS O ATENCION MEDICA

El paciente consiente en el uso o divulgación de su información de salud identificable individualmente ("información de salud protegida") por Central Florida Foot and Ankle Center, LLC. para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. El paciente debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica para la información de salud protegida para obtener una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de dicha información, y el paciente tiene el derecho de revisar dicho aviso antes de firmar este formulario de consentimiento.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida en cualquier momento. Si la Práctica cambia los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad, el paciente puede obtener una copia del Aviso revisada.

El paciente se reserva el derecho de solicitar que la Práctica restrinja aún más cómo se usa o divulga su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. La práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas; sin embargo, si la práctica acepta las restricciones solicitadas por el paciente, dichas restricciones son vinculantes para la práctica.

El paciente reconoce y acepta que la práctica puede divulgar la información de salud protegida del paciente y la información del registro médico del paciente a las siguientes personas que son miembros de la familia del paciente, representantes legales, tutores, sustitutos de atención médica o que tienen poder notarial en nombre del paciente.

Nombre del paciente o la parte responsable

Fecha

Firma del paciente o la parte responsable

Nota: Los nombre de los individuos deben estar escritos para poder entregarles la información. No lo dejes en blanco

DOCTOR PRIMARIO _____ **DOCTOR REFERENTE** _____

SEGURO _____ **FAMILIAR** _____

OTROS _____ **TODOS (sin restricciones)** _____

El paciente está de acuerdo en que la práctica puede divulgar los siguientes tipos de información contenida en la historia clínica del paciente (por favor ponga su inicial en las categorías pertinentes que figuran a continuación):

- _____ Información de VIH / SIDA
- _____ Información de Salud Mental
- _____ Información de sustancias de abuso
- _____ Información de Enfermedades de Transmisión Sexual
- _____ Si el paciente es menor de dieciocho (18), Información sobre el embarazo
- _____ Todas las condiciones / tratamiento médicos actuales y pasados

- _____ Ninguno de estas condiciones me aplica.

Paciente acepta y consiente en la Práctica la divulgación de información a los pacientes en las siguientes maneras (por favor ponga su inicial en los espacios correspondientes a continuación):

_____ Via la correo electrónico designada del paciente que es:
Correo Electronico: _____.

_____ Vía telefónica , si los contactos de pacientes de la práctica y proporciona a la información apropiada (incluyendo el nombre del paciente , número de seguro social y el identificador personal único) .

En todo momento, los pacientes se reserva el derecho de revocar este consentimiento . Dicha revocación se debe presentar a la Practica en escrito. La revocación será efectiva , salvo en la medida en que la práctica ya se ha implementado una acción basándose en el consentimiento .

La Práctica puede negarse a tratar al paciente si él / ella (o un representante autorizado) no firma este Formulario de Consentimiento (excepto en la medida en que la Práctica sea requerida por ley para tratar a las personas). Si el paciente (o representante autorizado) firma este formulario de consentimiento y luego revoca el consentimiento, la práctica tiene el derecho de negarse a proporcionar un tratamiento adicional al paciente en el momento de la revocación (excepto en la medida en que la práctica sea requerida por ley para tratar a las personas)

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA INFORMACIÓN . HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y YO SOY EL PACIENTE O SOY UN AUTORIZADO QUE PUEDE ACTUAR EN EL NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO VERIFICANDO EL CONSETIMIENTO DE LOS TERMINOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

Fecha: _____ Hora _____ AM / PM

Firma del paciente (o representante autorizado *)

Por favor escriba su nombre

Firma del paciente(o representate autorizado)

Por favor escriba su nombre

Credit Card Authorization Form

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Encargado(si es applicable): _____

Correo Electronico: _____

Numero de Telefono: _____ Alt #: _____

El propósito de este formulario es autorizar a Central Florida Foot and Ankle Center a retener un número de tarjeta de crédito válido en nuestro archivo para nuestro paciente. **Si paga los copagos, deducibles, coseguros, saldos, servicios no cubiertos, etc. con tarjeta hoy, la información de la tarjeta de crédito se guardará automáticamente en la base de datos segura del banco en el momento del procesamiento.**

Su tarjeta de crédito provista será cargada **SOLAMENTE** bajo las siguientes circunstancias:

- 1.) Si usted, como paciente recibe servicios dentro de nuestra oficina que no están cubiertos, denegados, aplicados al deducible, o por cualquier motivo no pagados por su compañía de seguros, CFFAC se reserva el derecho de cargar los cargos en la tarjeta de crédito registrada. de quien eres responsable. Se enviará un mensaje al correo electrónico que proporcionó anteriormente y tendrá 5 días hábiles para responder. Si no hay una dirección de correo electrónico presente o se rechaza el correo electrónico, recibirá una llamada telefónica al número en el archivo. Si no hay respuesta al correo electrónico / llamada telefónica después de 5 días hábiles, se cargará el saldo total a la tarjeta de crédito registrada. Se le enviará un recibo a su solicitud. Si su saldo es de \$ 100 o MENOS, nos comunicaremos con usted por teléfono una vez y tendrá 24 horas para comunicarse con nosotros. (Si lo llaman un viernes, debemos tener noticias suyas para el final del día del lunes). Si no recibimos noticias suyas, se cargará a su tarjeta el saldo total. Le recomendamos encarecidamente que se asegure de que su información en el archivo sea precisa en todo momento **(Iniciales del Paciente) _____**
- 2.) Si usted, como paciente, pierde una cita programada sin previo aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar, CFFAC se reserva el derecho de cargar la tarjeta de crédito que se detalla a continuación, \$ 35.00 por nuestra tarifa estándar de no presentación. Este aviso sirve como su consentimiento para que se le cobre por no presentarse. Se le enviará un recibo a su solicitud. (Como es habitual, un sistema automatizado para CFFAC llamará al número de teléfono en el archivo para recordarle su cita programada. Este recordatorio generalmente se realiza 24 horas antes de su cita programada. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que tengamos una correcta , número de teléfono actual en el archivo)
- 3.) Si usted, como paciente, solicita registros en papel y no los recoge después de la preparación, CFFAC se reserva el derecho de cobrar a la tarjeta de crédito registrada por los honorarios involucrados. (Se seguirá la política de registros médicos: se debe firmar el consentimiento, se notificará a pt el costo antes de la preparación, CFFAC se publicará dentro de los 5 días hábiles o al recibir la solicitud, se notificará al paciente una vez que esté listo)

Aparte de las condiciones mencionadas anteriormente, bajo **NINGUNA** circunstancia CFFAC cargará a su tarjeta de crédito por cualquier cosa que no se haya discutido con usted personalmente. En conjunto con las regulaciones de HIPAA, toda la información de la tarjeta de crédito se mantendrá confidencialmente dentro de su historial médico en nuestra oficina. Solo el personal autorizado podrá acceder a esta información

Leído, Reconocido y Aceptado:

Después de leer este formulario y hablar con el médico y / o el personal, mi firma a continuación reconoce que doy voluntariamente mi autorización y consentimiento para proporcionar la información solicitada para que se cargue a mi tarjeta de crédito en consecuencia por las condiciones enumeradas anteriormente.

*****Tenga en cuenta que si paga con EFECTIVO, tarjeta de gastos flexibles o Visa / Mcard HSA hoy por su copago, deducible, coseguro, servicios no cubiertos, suministros, etc., aún deberá colocar una tarjeta de crédito en el archivo que se guarda en la base de datos segura del banco o en la información completa a continuación. Esté preparado para proporcionar esta información a la recepción en el check-in antes de ser visto**

Circle One: VISA MCARD DISCOVER

Nombre de la tarjeta (el nombre debe ser el mismo de la cuenta):

Numero de tarjeta: _____ Expiracion: _____ Codigo Postal: _____

X _____

Firma del Paciente

Fecha

(eff