



# Bienvenido Al Centro de Pies y tobillos de Centro Florida

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE	INFORMACIÓN DEL SEGURO
Fecha _____ Nombre de Paciente _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____ Correo Electronico _____ City _____ Estado _____ Postal _____ SS # _____ DL # _____ E-Mail _____ Sexo M F Age _____ nacimiento Date _____ <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	¿Quién es el responsable de esta account _____ Relación con el Patient _____ Seguro Co. _____ Grupo # _____ ¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional? Sí No Nombre del suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Relación con el paciente _____ Insurance Co. _____ Grupo # _____
<b>Paciente</b> Empleado / Escuela _____ Empleado / Escuela Teléfono (_____) _____ Cónyuge Nombre _____ Nacimiento Fecha _____ SS # _____ - _____ - _____ Cónyuge Empleado _____	<b>ASIGNACIÓN DE SEGUROS Y LIBERACIÓN</b>
<b>¿Cómo se enteró de nosotros?</b> _____ Google, Yahoo, Internet comercial, de periódicos, paciente, RefDoctor, Yellowbook, Páginas Amarillas, la familia, los amigos, la revista Billboard, Chit Chat, etc	Yo certifico que tengo cobertura de seguro con _____ Nombre de la Compañía de Seguros (es) _____ y traspaso directamente al centro de la Florida y el Centro de tobillo del pie, LLC. todos los beneficios del seguro, en su caso, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro. Los pies de la Florida Central y tobillo Center puede usar la información de mi tarjeta de salud y puede revelar dicha información a la anteriormente denominada Compañía de Seguros (es) y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.
<b>NÚMEROS DE TELÉFONO</b> Teléfono (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ La mejor hora y el lugar para llegar a you _____ <b>En caso de emergencia, póngase en contacto</b> Nombre _____ Relationship _____ Teléfono (_____) _____ Teléfono de trabajo (_____) _____	<div style="text-align: center;"><b>Firma del paciente, tutor o representante personal</b></div> _____ Por favor, escriba el nombre del paciente, tutor o representante personal _____ Fecha Relación con el Beneficiario
	Uso de la oficina solamente: Verificado por : _____ Fecha : _____ Revisado por: _____ Fecha : _____ DL : _____ INS : _____

### Podiatric HISTORIA

¿Cuál es el motivo de consulta para la que llegó a tener tratamiento? _____ _____ ¿Alguna vez has ido a un podólogo antes? Sí No En caso afirmativo, indique. Name _____ Última Visit _____ Zapato tamaño : ____ Peso : ____ Altura: ____	¿Hay alguna historia personal o familiar de la diabetes? Sí No Ocupación Job _____ Cigarrillo, Tabaco use _____ Años Smoked _____ Athletic de actividades en las que participa (Por favor, lista e indicar la frecuencia) _____ _____ ¿Cuánto tiempo ha tenido el problema? _ ¿Qué tipo de dolor que experimenta? Por favor, Círculo: Ardor Adormecimiento Latidos dolor punzante El dolor de nivel en una escala de 1-10 (10 =) _____	Por favor, indique que los problemas del pie que tiene ahora o ha tenido en el pasado. Tobillo dolor Sí No Pie de Atleta Sí No Los juanetes Sí No Los callos y callosidades Sí No Entumecimiento en pies o piernas Sí No Pies planos Sí No Pie o la pierna Calambres Sí No Dolor en el talón Sí No Uñas de los pies encarnadas Sí No Las verrugas plantares Sí No Hinchazón de tobillos o pies Sí No Pies cansados Sí No
¿Es esta lesión o problema relacionado con: <b>Trabajo</b> Sí No <b>Accidentes Automovilísticos</b> Sí No <b>Lesiones asunto personal?</b> Sí No		
¿Existe una demanda en curso con respecto a esta lesión? Sí No		

Por favor **círculo** para indicar si ha tenido alguna de las siguientes:

SIDA / VIH Las alergias a los anestésicos Las alergias a medicamentos o drogas La anemia Angina Artritis Válvulas cardíacas artificiales Las articulaciones artificiales Asma Los problemas de espalda Trastornos de la coagulación Cáncer Dependencia de Sustancias Químicas a lo que ? _____	Dolor en el pecho La diarrea crónica Problemas circulatorios La diabetes Yrs _____ type _____ Problemas del oído Epilepsia Problemas de los ojos Desmayos Gota Dolores de cabeza Enfermedades del Corazón Hemofilia Hepatitis o ictericia type _____ when _____	Presión arterial alta Problemas del riñón Enfermedades del Hígado Baja la presión arterial Neuropatía Marcapasos Flebitis Problemas para tomar la aspirina productos Atención Psiquiátrica when _____ Tratamiento de radiación Erupción	Enfermedades Respiratorias Fiebre reumática Falta de aliento Los problemas del sino Dieta Especial Accidente cerebrovascular Inflamación de las glándulas del cuello Enfermedades de la Tiroides Tuberculosis Úlceras Las venas varicosas Enfermedad venérea La pérdida de peso sin causa aparente
---	---	---	--

Cirugías que ha tenido? \_\_\_\_\_

Hospitalización, Aparte de las cirugias mencionadas? \_\_\_\_\_

**Médicos de Familia** \_\_\_\_\_ **Fecha de la última visita** \_\_\_\_\_

¿Esta usted ahora bajo el cuidado medico por cual quier rason en los ulimos closanos? Sí or No  
 Si su respuesta es si por favor espique \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS	ALERGIAS	
Medicamentos que toma, incluyendo vitaminas o cualquier otro medicamento:	Adhesiva / cinta	Anestésico local
	Novocaína	La aspirina
	La penicilina	Codeína
	Mariscos	Demerol
Nombre de Farmacia (s)	Sulfa	Yodo
)	La terapia anticoagulante	Sin alergias conocidas
Teléfono Farmacia (s)	Other	
(_____)		
¿Toma anticonceptivos orales? No Sí		
¿Toma alguna diluyentes de la sangre? No Sí		
what		

### TRATAMIENTO DE CONSENTIMIENTO

Por la presente consiento y doy mi permiso al médico (y los ayudantes del médico o el reemplazo designado) para administrar y llevar a cabo dichos procedimientos sobre mí como el médico lo considere necesario.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor escriba su nombre del paciente, padre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Gracias por haber elegido la Florida Central y el Centro de tobillo del pie como su proveedor de cuidado de los pies. Estamos comprometidos a proveerle con la calidad y el cuidado de salud asequible. Por favor, lea la política de la oficina de pago siguiente y no dude en hacer cualquier pregunta que usted pueda tener. Una vez que usted acepta esta política, la amabilidad de firmar en el espacio. Una copia será proporcionada a su solicitud.

**1. Seguros.** Participamos en los planes de seguro la mayoría, incluyendo Medicare. Si no está asegurado por un plan que participar con el pago completo se espera en cada visita. Si usted está asegurado por un plan que participar con, pero no tienen una para arriba-tarjeta de la fecha de los seguros, el pago total por cada visita es necesario hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios del seguro es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de su cobertura.

**2. Medicare.** Las personas con quien no tiene un seguro secundario será responsable de su 20% en el momento del servicio, a menos que otros arreglos se han hecho. Si usted tiene un seguro secundario que no tienen un contrato con, usted también será responsable de su 20% de coseguro.

**3. Los co-pagos y deducibles.** Hacemos que necesita para pagar su co-pago, co-seguro o deducibles en el momento del servicio. Si no son conscientes de cuáles son sus beneficios, usted debe comunicarse con su departamento de beneficios antes de su cita. Es su responsabilidad de entender los términos y los beneficios de su contrato.

**4. servicios cubiertos.-Por favor, no** tenga en cuenta que algunas - y quizás todos - de los servicios que recibe puede ser cubierto o no se considere razonable o necesario por Medicare o de otras entidades aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita o, si se considera que no están cubiertos después de los servicios sometidos a su seguro, usted será responsable y facturados por los servicios.

**5. Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar el formulario de información para el paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir válida y seguro actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos dan la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable por el saldo de un crédito. Si es necesario, obtener la remisión adecuada de su médico de atención primaria es su responsabilidad. Pacientes que acuden a nuestra oficina sin una referencia válida se tenga que pagar en su totalidad. Este pago se llevará a cabo durante 48 horas y será reembolsable si la referencia apropiada no se obtiene entonces.

**6. presentación de reclamaciones.** Vamos a presentar sus reclamos y le ayudará en todo lo que razonablemente puede para ayudar a sus reclamos pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su

responsabilidad si su compañía de seguros pague su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Para los contribuyentes de secundaria, vamos a someter la reclamación una vez como una cortesía a usted si no paga dentro de 35 días tras la presentación, entonces se convertirá en su responsabilidad.

**7. cambios de cobertura.** Si el seguro de los cambios, le rogamos que nos notifique antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos.

**8. Falta de pago.** Las facturas se envían cada 30 días. El pago del sistema nos ayudará a mantener el costo de la asistencia sanitaria hacia abajo. Si su cuenta tiene más de 60 días de vencimiento, usted recibirá una carta solicitando el pago inmediato. Un cargo de \$ 10.00 refacturación se cobrará por cada factura adicional enviada después de 30 días. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que sea aprobado por nuestro departamento de facturación. Tenga en cuenta que si se mantiene un equilibrio sin pagar, que puede referir a su cuenta a la corte de reclamos menores y usted y los miembros de su familia inmediata pueden ser dados de alta de esta práctica. Si esto va a ocurrir, se le notificará por correo certificado y regular que tiene 30 días para encontrar la atención podológica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico sólo será capaz de tratar con carácter de urgencia.

**9. Referencia / autorización.** En el caso de que su seguro requiere una remisión o autorización del médico de atención primaria, es SU responsabilidad hacer los arreglos con la oficina para obtener la remisión o la autorización para nosotros antes de su cita. *Su cita será reprogramada si la referencia apropiada / autorización no se recibe.*

**10. citas perdidas.** Nuestra política es un cargo de \$ 35.00 por citas perdidas no se cancela en un plazo razonable de tiempo o por una razón comprensible. Estos cargos serán su responsabilidad y facturado directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor al mantener su cita programada con regularidad.

**11. Registros Médicos.** Todas las solicitudes de registro médico debe ser presentado por escrito. Después de que el paciente firma una autorización de puesta en libertad, le daremos la oficina del doctor cualquier con una copia de su expediente médico libre de costo. Si usted o su representante legal tendrá copias de los registros médicos se les proporcionará por el costo de \$ 1.00 por página por las primeras 20 páginas a continuación, 0,50 dólares por página a partir de entonces. Los rayos X son un costo de \$ 10.00 por cada CD. Por favor, espere 7-10 días hábiles para el procesamiento de registros. Requiere el pago anticipado.

**12. Formularios y Documentos.** Un cargo de \$ 25.00 por cada formulario es necesaria para la cumplimentación de los formularios, incluyendo pero no limitado a las formas de discapacidad y la FMLA. Por favor, permitirá a las empresas el día de entrega tiempo de 07.10 para completar la forma. Si los registros médicos se necesitarán con forma de discapacidad o FMLA, que se adjunta o enviados, será un costo adicional de \$ .50 por página. Requiere el pago anticipado.

**13. Programación para pacientes ambulatorios.** Por favor, espere días hábiles para la programación de auxiliares ordenó a los médicos (por ejemplo resonancia magnética, tratamiento del dolor, etc) Si su compañía de seguros requiere autorización puede retrasar la programación.

**14. Programación de la cirugía.** Por favor permita 5-7 días hábiles para la programación de la cirugía, una vez aprobado.

**15. Compras:.** OSHA por directrices **TODAS las** fuentes de comprar en la oficina son **no retornables y no reembolsable** debido a los propósitos estériles por la ley.

**16. Honorarios.** Nuestros honorarios son representativos de los cargos usuales y habituales para nuestra área.

He leído y entendido las políticas antes mencionadas y los procedimientos y se adhieren a ellas.

Asimismo, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para mi compañía de seguros, hospitales o médicos que participan en mi cuidado. También autorizo el pago de las prestaciones médicas a la Florida Central del pie y del tobillo y el Centro de alguno o todos los médicos de la Florida Central del Pie y Tobillo.

Nombre del paciente o la parte responsable

Firma del paciente o la parte responsable Fecha



**Centro de pies y tobillos de Centro Florida, LLC  
Reconocimiento de Notificación de prácticas de privacidad,  
Políticas y Procedimientos  
y el Formulario de Permiso**

He recibido / tuvo la oportunidad de leer y entender la Comunicación de esta práctica de prácticas de privacidad por escrito en un lenguaje sencillo . El aviso ha sido actualizado el 09/23/2013 y ofrece en detalle los usos y

revelaciones de mi información protegida de la salud que se pueden hacer por esta práctica , mis derechos individuales , cómo pueden ejercer estos derechos y deberes legales de la práctica con respecto a la mi información .

Entiendo que esta práctica se reserva el derecho de modificar los términos de este Aviso de prácticas de privacidad , y para hacer cambios con respecto a toda la información de salud protegida , con domicilio en , o controladas por esta práctica . Si se producen cambios en la política , esta práctica me proporcionará una Notificación de Prácticas de Privacidad que lo soliciten por escrito.\_

Nombre del paciente o la parte responsable

Fecha

Firma del paciente o la parte responsable

---

### **MEDICAMENTOS DE AUTORIZACIÓN**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare estará en mi nombre al pie de la Florida Central y Centro de tobillo , LLC por los servicios prestados a mí. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo mis peticiones de firmas que se efectúa el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo . Si " otro seguro de salud " se indica en el punto 9 del formulario HCFA -1500 , o en otro lugar en otros formularios aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente , mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia se muestra en los casos asignados de Medicare, los médicos o proveedores se comprometen a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable sólo por el deducible , coaseguro, y no los servicios cubiertos. Coaseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga del portador de Medicare.

Nombre del paciente o la parte responsable

Fecha

Firma del paciente o la parte responsable

### **CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN Para tratamiento, pago o atención médica**

El paciente consiente en el uso o divulgación de su / su ficha médica personal ( "información de salud protegida") por Pies Florida Central y Centro de tobillo , LLC . con el fin de llevar a cabo el tratamiento , pago u operaciones de atención médica . El paciente debe revisar el Aviso de Prácticas de prácticas de privacidad de la información médica protegida para obtener una

descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de la información , y el paciente tiene el derecho de revisar dicha Notificación antes de firmar este formulario de consentimiento.

Reservas de práctica para sí el derecho de modificar los términos de este Aviso de prácticas de privacidad de la información médica protegida en todo momento . Si la práctica hace cambiar los términos de este Aviso de prácticas de privacidad , los pacientes pueden obtener una copia de la Notificación revisada .

Paciente se reserva el derecho de solicitar que la práctica restringe más a fondo cómo es usada y revelada para llevar a cabo el tratamiento , pago u operaciones de atención médica de su / su información de salud protegida. El abogado no está obligado a aceptar tales restricciones solicitadas , sin embargo , si la práctica no estar de acuerdo con la restricción solicitada del paciente ( s ) , tales restricciones son luego vinculantes para la Práctica .

Paciente reconoce y acepta que la práctica puede revelar información protegida de salud del paciente y la información de historia clínica del paciente a las siguientes personas que son miembros del Paciente de la familia , representantes legales , tutores, sustitutos de la salud, o un poder de representación en nombre de la paciente:

**PCP** \_\_\_\_\_ **refiero DOCTOR** \_\_\_\_\_

**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 inicial de las categorías pertinentes que figuran a continuación):

\_\_\_\_\_ VIH / SIDA Información

\_\_\_\_\_ 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

Paciente acepta y consiente en la práctica la divulgación de información a los pacientes en las siguientes modalidades alternativas (por favor inicial de los espacios correspondientes a continuación):

\_\_\_\_\_ Vía e-mail a la dirección de correo electrónico designada del paciente que es:

Email \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Vía Correo regular con los sobres están marcados personal y confidencial y está dirigida al paciente.

\_\_\_\_\_ 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 al Fondo para el escrito. La revocación será efectiva , salvo en la medida en que la práctica ya se ha implementado una acción basándose en el consentimiento .

El abogado podrá negarse a tratar a los pacientes si él / ella (o un representante autorizado ) no firma el formulario de consentimiento ( salvo en la medida en que la práctica es requerida por la ley para tratar a las personas ) . Si el paciente (o representante autorizado ) firme este formulario de consentimiento y después revoca el consentimiento , la práctica tiene el derecho de negarse a proporcionar tratamiento adicional para los pacientes desde el momento de la revocación ( salvo en la medida en que la práctica es requerida por la ley para tratar a las personas ) .

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA INFORMACIÓN . HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y ESTOY AL PACIENTE o estoy autorizado para actuar en nombre del paciente para firmar el documento SELLADO DE CONSENTIMIENTO PARA VERIFICAR LAS CONDICIONES ANTES MENCIONADAS .

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ AM / PM

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o representante autorizado \*)

\_\_\_\_\_  
Por favor escriba su nombre

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona testigo Firma en nombre del paciente \*

\* Por favor, explique la relación del representante con el paciente e incluye una descripción de la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: 863-299-4551 • Fax: 863-299-2310  
[www.FLFootandAnkle.com](http://www.FLFootandAnkle.com) [www.HeelPainCenterFlorida.com](http://www.HeelPainCenterFlorida.com)  
Winter Haven, Lakeland, Davenport