

Cliffside Park Foot & Ankle Center

**542 Anderson Ave.
Cliffside Park, New Jersey 07010
201-943-7977**

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Calle _____

Ciudad, Estado _____ Celular # _____

Seguridad Social# _____ Fecha de nacimiento _____ Estado Civil _____

Hombre ___ Mujer ___ Nombre y Telefono del esposo/a _____

Contacto de emergencia _____

Doctor de la Familia/Telefono _____

Nombre de farmacia/telefono _____

Empleador Nombre/Direccion _____

Seguro de Salud Primario _____ ID# _____

Grupo# _____ Nombre del Titular de la Poliza _____

Titular/Fecha de Nacimiento _____ Referencia Requerida: Yes ___ No ___

Seguro de Salud Secundario _____

ID# _____

Como le fuimos recomendados _____

Autorizo a la CPF&A a que proporcione mi informacion a la compania de seguros.
Tambien autorizo a la CPF&A a realizar procedimientos generales para el diagnostico
y/o tratamiento de la condicion de mi pie. Yo autorizo el pago de los beneficios
medicos a la CPF&A por sus servicios.

Firma del Paciente Fecha

HISTORIAL PODIATRICO

Cual es tu queja principal por la que viniste (Incluye pie, tobillo y pierna) _____

Cuando empezo? _____

Que tratamiento has tenido antes _____

ALERGIAS

___ Cinta Adhesiva
___ Aspirina
___ Codeina
___ Demerol
___ Iodo
___ Anestesia Local
___ Novocaina
___ Penicilina Otras _____

HISTORIAL MEDICO

___ Diabetes
___ Problemas Circulatorios
___ Epilepsia/Convulsiones
___ Derrame
___ Alta Presion Sanguinea
___ Baja Presion Sanguinea
___ Ulceras Estomacales
___ Enfermedad del Corazon
___ Flevitis
___ Enfermedad Respiratoria
___ Valvula Artificial del Corazon/Articulaciones
___ Coagulos/DVT
___ Trastornos Hemorragicos
___ Cancer/Tipo
___ Enfermedad del Hgado

___ Sida/HIV
___ Colesterol Alto
___ Anemia
___ Artritis
___ Gota
___ Hepatitis
___ Problemas de Rinon
___ Tiroide
___ Depresion
___ Venas Varicosas
___ Hipertiroidismo
___ Glaucoma
___ Ansiedad
___ Otros _____

Has visitado a un podiatra con antelacion?

Si? Nombre del Doctor _____

Ultima Visita _____

Problemas de pie previos _____

Por favor indica el historial del problema del pie o tobillo

Dolor de Tobillo _____

Pie de Atleta _____

Juanetes _____

Clavos y callos _____

Insensibilidad Pie/Pierna _____

Pie Plano _____

Calambres de Pie/Pierna _____

Dolor de Talon _____

Una encarnada _____

Verrugas Plantares _____

Inflamacion Tobillos/Pies _____

Pies Cansados _____

Otros _____

MEDICACION

Por favor enumera los medicamentos con su dosificacion y fuerza

HISTORIAL QUIRURGICO

Por favor enumera todas las operaciones que hayas tenido

SOCIAL HISTORY

Tabaco ___ Cantidad ___ diario/semanal
Alcohol ___ Cantidad ___ diario/semanal

TALLA ZAPATO _____ ANCHO _____

ALTURA _____ PESO _____

DIVULGACION DE HISTORIALES MEDICOS E INFORMACION

Esta oficina cumple con HIPAA. Nos esforzamos en proteger tu privacidad. Valoramos la importancia de que entiendas tus derechos de confidencialidad. Si tienes alguna preocupacion respecto a ello, por favor sientete libre de hablar sobre ello con el gerente de la oficina.

DIVULGACION DE HISTORIALES MEDICOS

Yo entiendo que al firmar este documento, estoy autorizando la divulgacion , a mi compania de seguros, de mi informacion medica necesaria para esta u otra reclamacion de pago de seguro relacionada con mi tratamiento. Yo autorizo a cualquier entidad, en posesion de mi informacion medica u otra informacion sobre mi, a divulgarla a la administracion de la Seguridad Social y a la administracion financiera de la asistencia sanitaria, sus intermediarios u operadores asi como informacion necesaria para esta o cualquier otra factura medica relacionada.

_____iniciales

DIVULGACION DEL HISTORIAL MEDICO AL HOSPITAL/DOCTOR

Yo entiendo y autorizo la divulgacion , a otros doctores, de la informacion medica, necesaria para mi tratamiento. Ademas yo autorizo su divulgacion a hospitales y/o entidades medicas.

DIVULGACION DEL HISTORIAL MEDICO A FAMILIARES

Yo autorizo a la CPF&A a facilitar informacion relativa a mi enfermedad o mi tratamiento a _____. Yo autorizo a la CPF&A a dejar informacion medica en mi contestador automatico. Yo tambien autorizo la divulgacion de mi informacion a mi esposo/a y/o familiar.

DERECHOS DE CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Yo entiendo que la oficina de la CPF&A cumple con las regulaciones de HIPAA. Toda la informacion medica es confidencial y no puede ser revelada sin tener permiso previo por escrito del paciente al que pertenezca. Ademas entiendo que de acuerdo a la ley de New Jersey tengo derecho a mi informacion medica. Tambien entiendo que puedo pedir que mi informacion medica sea compartida con un medico o entidad medica, previa peticion por escrito. Yo entiendo que , por ley, esta oficina solo podra divulgar informacion medica generada por la CPF&A. No podremos divulgar ninguna informacion de otros medicos, hospitales o entidades medicas. Yo estoy de acuerdo con ser responsable de los cargos por copiar mi informacion medica de acuerdo con lo estipulado en los estatutos de New Jersey. Entiendo que los empleados no son legalmente responsables de ninguna parte de esta autorizacion. Ademas tengo el derecho de quejarme a la oficina o al Estado de HHS si pienso que mi derecho de privacidad ha sido violado. Segun la politica de esta oficina no habra retaliacion de ningun tipo contra ningun paciente que se queje.

Nombre del
paciente _____

Firma _____

POLITICA FINANCIERA

Pagos de Beneficios a la Doctora/Proveedora

Yo, la abajo firmante, entiendo que la CPF&A ha aceptado recibir Medicare y/o seguro medico como pago de mis facturas medicas. Mi firma abajo indica que acepto y entiendo que soy totalmente responsable de cualquier deduccion anual y/o balance del coseguro despues del pago, a la Dra. Helene Manno, por parte de Medicare y/o mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo que no este cubierto por mi seguro medico. Si no proporciono mi informacion y el pago de la factura no es autorizado, yo sere totalmente responsable de la factura.

Firma _____ Fecha _____

Metodo de Pago

Se requiere el abono de la factura el dia de la consulta. Por favor presenta tu tarjeta de seguro medico a nuestras recepcionistas para que sea fotocopiada y la elegibilidad de beneficios sea verificada. Tu seras responsable del copago o pago del coseguro en el momento de la visita.

Si tu cheque fuera devuelto por cualquier razon, cargaremos \$25 a tu cuenta. Si fuera necesario dar tu cuenta a una agencia de coleccion o abogado, tu seras sobrecargado un 30% del balance para recuperar los cargos derivados de la comision de cobro. Nosotros mandamos tus facturas a la compania de seguro como cortesia. Si tu factura no es abonada antes de 90 dias, sera tu responsabilidad el asegurarte de su pago. Si no recibimos pago en un tiempo moderado, tu cuenta podria ser remitida a una agencia de colecciones o a un abogado.

Para tu conveniencia nosotros aceptamos MasterCard, Visa, American Express y Discover, asi como dinero en efectivo y cheques.

Gracias por leer nuestra politica financiera. Apreciamos tu cooperacion. Si tu tienes alguna pregunta, o requieres asistencia estaremos encantados de estar a tu servicio.

He leido esta politica financiera y entiendo mis derechos y responsabilidades.

Historial Medico

Una copia de tu historial medico te sera proporcionada sin sobrecargo. Prepago es requerido por copias adicionales. Habra un cargo de \$1 por pagina. Por favor danos diez dias para copiar todo tu historial medico.

Firma _____ Fecha _____