

**BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA
PORFAVOR DE LLENAR LOS FOLMULARIOS
GRACIAS**

FECHA: ____/____/____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: ____/____/____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** ____ **CODIGO POSTAL:** _____

GENERO: ____ M/F **ESTATUS MATRIMONIAL:** ____ (C/D/S/V)

IDIOMA PRIMARIO HABLADO EN CASA: _____

ETNICIDAD: _____ (Hispano, Blanco, Afro Americano, Asiatico)

NUMERO DE TELEFONOS: **CASA** ____/____/____
CELLULAR ____/____/____
TRABAJO ____/____/____

CORREO ELECTRONICO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIAS NOMBRE Y # _____

ESTATUS DE TRABAJO: _____ (Tiempo Completo, Medio Tiempo, Estudiante)

NOMBRE DE COMPAÑIA DE TRABAJO: _____

NOMBRE DE DOCTOR PRIMARIO: _____

COMO FUE REFERIDO A NUESTRA OFICINA: _____

NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO: _____

NOMBRE DE SEGURO SECUNDARIO: _____

NOMBRE DE TOMADOR DEL SEGURO: _____
(SI NO ES USTED)

FECHA DE NACIMIENTO DEL TOMADOR: ____/____/____

RELACION AL TOMADOR: _____



Richard L. Corbin, DPM, FACFAS
*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

Matthew F. Wachtler, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

Samantha L. Sheppard, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

PROMIXA PAGINA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Razon por su visita hoy: _____

Alergias a medicamentos: _____

Medicamentos: _____

Condiciones Medica:

Cirugias en el pasado: _____

Historial medico de la Familia como Cancer, Enfermedades Cardíacas, Diabetes o otra Condicion Medica

Padre: _____

Madre: _____

Hermano: _____

Hermana: _____

Usted fuma (circule): Si No

- Cuanto paquetes al dia: _____ Por cuantos años: _____

Usted toma bebidas alcoholicas (circule): Nunca Ocasionalmente Diario

Firma del Paciente: _____



Richard L. Corbin, DPM, FACFAS
*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

Matthew F. Wachtler, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

Samantha L. Sheppard, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

ACUSE DE RECIBO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me fue proporcionada una copia del aviso de prácticas de privacidad y que he leído (o he tenido la oportunidad de leer si así lo desean) y entiendo el aviso.

Nombre Del Paciente (por favor imprimir)

Fecha

Padre del representante autorizado (si procede)

Firma



Richard L. Corbin, DPM, FACFAS
*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

Matthew F. Wachtler, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

Samantha L. Sheppard, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

SEGURO DE SALUD

Aunque tengo seguro de salud, soy consciente de que esto no es garantía de pago. Si mi compañía de seguros niega un pago, entiendo que soy responsable de este bill.

Si mi compañía de seguros requiere una referencia, es de mi exclusiva responsabilidad de obtener la remisión antes de mi visita al consultorio. Si lo hago no obtener la remisión antes de la visita, el pago de la visita es de mi responsabilidad.

Yo soy responsable de notificar a la oficina de cualquier y todo cambio en mi seguro de salud y presentar cartas actualizadas en la coordinación. Y si no proporcionan información precisa, soy responsable por el pago de la visita de la oficina

Nombre Del Paciente (por favor imprimir)

Fecha

Padre Del Representante Autorizado (si procede)

Firma



Richard L. Corbin, DPM, FACFAS
*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

Matthew F. Wachtler, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

Samantha L. Sheppard, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HIPAA

Yo, _____, entiendo que bajo la Portabilidad y Responsabilidad de la Ley de 1996 (HIPAA) tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud. Entiendo que Garden State Foot and Ankle Specialist crea y mantiene el papel y / o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para futuro cuidado y tratamiento en el Garden State Foot and Ankle Specialist. Entiendo que esta información se puede utilizar como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento que directa o indirectamente.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Un medio por el cual un pagador tercero puede verificar que los servicios facturados fueron efectivamente prestado y obtener el pago de terceros pagadores.
- Una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la recepción de la competencia de los profesionales de la salud.

Yo prefiero tener la notificación de mi información de salud por los métodos siguientes. Por favor, marque la casilla correspondiente:

- Teléfono de la casa
- Si no estoy disponible, puede dejar un mensaje con un miembro de la familia.
- Mensaje detallado en el contestador
- Teléfono del trabajo con el contacto directo solo
- Teléfono celular

Mi información de salud también puede ser discutido con las siguientes personas que lo soliciten:

Nombre: _____ Relación: _____

Firma de Paciente

Fecha



Richard L. Corbin, DPM, FACFAS
*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

Matthew F. Wachtler, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

Samantha L. Sheppard, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

Nombre: _____

Medicare #: _____

"Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre al nombre del proveedor del servicio y el proveedor (o) para cualquier servicio prestado a mí por ese proveedor de servicio y el proveedor (o). 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 por servicios relacionados."

Firma del Beneficiario

Fecha

Nombre: _____

Medicare #: _____

Polica Secundaria #: _____

"Solicito que el pago de beneficios secundarios autorizados se hagan en mi nombre para el nombre del proveedor del servicio y el proveedor (o) para cualquier servicio prestado a mí por ese proveedor de servicio y el proveedor (o). Autorizo a cualquier poseedor de información médica que ponga en libertad a la aseguradora secundaria y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados."

Firma del Beneficiario

Fecha



Richard L. Corbin, DPM, FACFAS
*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

Matthew F. Wachtler, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

Samantha L. Sheppard, DPM, AACFAS
Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons

Medicare tiene reglas específicas que cubran el pago de micóticas (hongos) de los pies. Para que Medicare cubra el desbridamiento (corte) de las uñas, hay que tener el dolor asociado con la enfermedad y / o tiene una condición médica, como la diabetes o mala circulación. Si he sido informado por mi médico que no tiene una condición de clasificación, tengo que pagar al médico por los servicios de hoy y no serán reembolsados por Medicare. Las siguientes opciones describe mejor mi situación. Sin embargo, si fue visto por mi médico a menos de 61 días para el tratamiento de uñas micóticas, tengo que pagar por ese servicio y Medicare no me reembolse.

- He marcado limitación de la ambulación (caminar) cuando las uñas infectadas se vuelven gruesas.
- No es el dolor causado por el engrosamiento y distrofia de las uñas infectadas.
- Las dos declaraciones anteriores no se aplican a mí. Entiendo que debo pagar por la visita de hoy y Medicare no me va a reembolsar.

Firma del Paciente

Fecha