

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Fecha de nacimiento _____ Estado Civil _____ Sexo: F M Otro

En caso de emergencia contar a: _____

Relación _____ # De Teléfono _____

+++++

Seguro Primario _____

Nombre De Seguro _____ # De Miembro _____

Nombre en la tarjeta _____ Mismo Espos/a Depende

Seguro Secundario _____ # De Miembro _____

Teléfono de Servicios para Proveedores # _____

Nombre en la tarjeta _____ Mismo Espos/a Depende

+++++

Información médica:

Doctor de atención primaria _____

De Teléfono _____

Nombre de la farmacia: _____ # De Teléfono _____

Altura _____ Peso _____ Ultimo nivel de azúcar en la sangre _____ A1C _____

Lista de alergias: Alergia al LÁTEX: SÍ NO

Lista de medicamentos:

Condiciones Médicas: _____

CONSIENTE

Nombre de paciente _____

Certifico que la información que he proporcionado es correcta y fiel a mi leal saber y entender. Soy responsable de proporcionar información precisa y actualizada sobre mi salud, beneficios de seguro, dirección y número de teléfono. Doy mi consentimiento a los médicos de NY Foot & Ankle para administrar y realizar los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico y tratamiento de mi afección de pie / tobillo.

Firma _____ Fecha _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar a continuación, reconozco que tengo acceso a la Política de HIPAA. Puedo obtener una copia solicitándola en la recepción, y puedo obtener una copia en el sitio web NYFootAnkle.com

Firma _____ Fecha _____

Remisiones

Reconozco que soy responsable de obtener remisiones de mi médico de atención primaria. De lo contrario, se denegarán reclamaciones. **ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR EL SEGURO como resultado de no obtener referencias.**

Firma _____ Fecha _____

Medicare

Entiendo que soy responsable de mi deducible anual, coseguro y cualquier servicio NO CUBIERTO. El deducible y el coseguro son determinados por Medicare anualmente. **Mi firma a continuación se utilizará para la asignación de beneficios y la liberación de beneficios a NY Foot & Ankle.**

Firma _____ Fecha _____

Seguro a terceros

Certifico que tengo la cobertura con seguro y **mi firma a continuación se utilizará para la asignación de beneficios y la divulgación de información a NY Foot & Ankle.** Seré responsable de cualquier copago, deducible y cualquier servicio NO CUBIERTO.

PARA CUALQUIER FUERA DE LA RED, soy responsable por la factura. Esta oficina presentará una factura al seguro en mi nombre.

Firma _____ Fecha _____

Autorización para la liberación de información

Mi información puede ser liberada a mi compañía de seguros, farmacia o proveedor para fines de tratamiento. Además, autorizo a la persona a continuación a recibir mi información médica:

Nombre _____ Relación: _____

De Teléfono _____

Firma _____ Fecha _____

Póliza de cancelación de 24 horas y tarifas de NO PRESENTARSE A SU CITA

Reconociendo que el tiempo de todos es valioso y que el tiempo de la cita es limitado, le pedimos que proporcione un aviso de 24 horas si no puede asistir a su cita. Cada vez que un paciente falta a una cita, a otro paciente se le impide recibir atención. Por lo tanto, los Médicos de NY Foot & Ankle se reservan el derecho de cobrar una tarifa de \$ 35 por cada cita perdida (No Show). La tarifa de no presentación se facturará al paciente, no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples no presentaciones en cualquier período de 12 meses resultarán en la terminación de nuestra práctica.

La cancelación de la cirugía **dentro de las 2 semanas antes de su fecha de operación** sin una razón convincente resultará en una tarifa. Se necesitan varias partes para coordinar su cirugía, su autorización de seguro es sensible al tiempo y deberá actualizarse. También evita que otro paciente se sometaa una cirugía.

Firma _____ Fecha _____

Cargo por cheque sin fondos

Entiendo que si mi cheque rebota o no tiene fondos, seré responsable de cualquier cargo bancario y un cargo adicional de \$35.

Firma _____ Fecha _____