

JAWS podiatry

ABRAHAM WAGNER, DPM ♦ TRAVIS MARTIN, DPM
GEORGE SCHWENCK, DPM ♦ HUGO FERNANDEZ, DPM
3700 Washington Street, Suite #403 ♦ Hollywood, FL ♦ 33021
Office: (954)922-7333 ♦ Fax: (954) 922-4842
footandanklehollywood@gmail.com

PLEASE PRINT CLEARLY

FIRST/NOMBRE _____ MI _____ LAST/APELLIDO _____

ADDRESS/DIRECCIÓN _____ SUITE/APT _____

CITY/CUIDAD _____ STATE/ESTADO _____ ZIP/CÓDICOPOSTAL _____

E-MAIL ADDRESS _____

HOME/CASA: () _____ - _____ WORK/TRABAJO: () _____ - _____

CELL/CELULAR: () _____ - _____ DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO _____

SOCIAL SECURITY/ NÚMERO SOCIAL #: _____ -- _____ -- _____

FAMILY PHYSICIAN/MÈDICO DE CABECERA _____

PHONE/TELÈFONO () _____ - _____

WHO MAY WE THANK FOR THIS REFERRAL? _____

¿QUIÈN LO REMITIO USTED A NUESTRA OFICINA? _____

MARITAL STATUS/ ESTADO CIVIL:

SINGLE/SOLTERO(A) MARRIED/CASADO(A) DIVORCED/DIVORCIADO(A) WIDOWED/VIUDO(A) PARTNERSHIP/ PAREJA

EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA _____

PHONE/TELÈFONO () _____ - _____

EMPLOYER/EMPLEADOR: _____

I hereby authorize my insurance company to pay directly to Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA any and all medical and/or surgical fees otherwise payable to me for their professional services.

I acknowledge that I am personally responsible and liable to Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA, for any and all surgical and/or medical fees billed by them. Should Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA accept payment directly from my insurance company; I understand that I am responsible and liable for any and all deductible/co-pay expenses for the insurance company. If in the event Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA are required to retain the services of an attorney/collection agency to collect his bills I agree to pay Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA's fees up through and including appellate fees.

A copy of our office's Privacy Practices is available from the front desk upon request.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA cualquier y todos los gastos médicos y / o quirúrgicos de otro modo pagadero a mí por sus servicios profesionales.

Reconozco que soy personalmente responsable y obligado a Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA, de cualquier y todos los honorarios quirúrgicos y / o médicos facturados por ellos. En caso de Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA aceptar el pago directamente de mi compañía de seguros, yo entiendo que soy responsable y responsable por cualquier y todos los gastos deducibles / co-pago de la compañía de seguros. Si en el caso de Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA están obligados a contratar los servicios de una agencia de abogado / colección para recoger sus cuentas Acepto pagar Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA, honorarios de DPM arriba hasta e incluyendo los honorarios de apelación.

Una copia de las prácticas de privacidad de nuestra oficina está disponible en la recepción bajo petición.

SIGNATURE/ FIRMA _____

DATE/ FECHA _____



Política de Pago

Gracias por elegir nuestra práctica. A continuación se encuentra información para responder preguntas frecuentes sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados. Por favor léalo y pregúntenos cualquier duda que tenga antes de firmar en el espacio previsto. Se le proporcionará una copia a pedido. Gracias por ser nuestro paciente!

LOS PAGOS SE DEBEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, A MENOS QUE SE HAYAN SOLICITADO Y APROBADO POR ADELANTADO LOS ARREGLOS DE PAGO. SE ESPERA QUE PAGUE DE ACUERDO CON EL ARREGLO.

Seguro: participamos con la mayoría de los planes de seguro. Le enviaremos una factura a su compañía de seguros como cortesía. Aunque podemos estimar lo que puede pagar su compañía de seguros, es la compañía de seguros quien toma la determinación final de su elegibilidad.

Presentación de reclamos: presentaremos sus reclamos y lo asistiremos de la manera que podamos para ayudarlo a pagar sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

Referidos: Ciertos planes de seguro con los que estamos contratados requieren una autorización de referencia de su médico de atención primaria / pediatría. Si no hemos recibido un referido antes de su llegada a la oficina, tenemos un teléfono que puede usar para llamar a su médico de atención primaria / pediatría para obtenerla. Si no puede obtener el referido en ese momento, será reprogramado.

Copagos y deducibles: Todos los copagos, deducibles y coaseguros deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros.

Prueba de seguro: Todos los pacientes deben completar el formulario de información del paciente antes de ver a un proveedor. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido vigente para proporcionar un comprobante de seguro. Si no proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, el saldo de un reclamo se transferirá a su responsabilidad personal.

Cambios en la cobertura: Si su seguro cambia, avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados que lo ayuden a recibir sus beneficios máximos.

Métodos de pago: Aceptamos el pago en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express y Discover.

Declaraciones del paciente: Si tiene saldo pendiente de pago, recibirá un estado de cuenta por correo cada dos semanas. El monto del estado de cuenta es pagadero y pagadero cuando se emite el estado de cuenta, y el monto vencido no se paga al momento de la recepción. Los saldos de más de 90 días se entregarán a una agencia de cobranza para colecciones. Todos los pagos van hacia el saldo pendiente más antiguo.

Tarifa de no presentación: Por favor cancele / re programe sus visitas con 24 horas de anticipación. A nuestro criterio, se aplicará un cargo equivalente al costo de su visita a la oficina.

Tasas de cobranza: los saldos que no hayan tenido un pago realizado dentro de los 90 días se transferirán a las colecciones. El garante será responsable de pagar todos los costos de cobro, incluidos los intereses razonables, los honorarios razonables de los abogados y los honorarios razonables de la agencia de cobranza, que no excedan el 33.33%.

Nombre: _____

Persona Responsable: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Uso Oficial: Recibido Por: _____ **Fecha:** _____



POLÍTICA DE TARJETA DE CREDITO

En **JAWS podiatry**, le pedimos conservar su tarjeta de crédito o débito en nuestra base de datos como un método conveniente de pago por la parte de los servicios que su seguro no cubre. Sin esta autorización, se agregará una tarifa de facturación de \$25 a su cuenta por los saldos que debemos intentar cobrar mediante el envío de estados de cuenta semanales.

La información de su tarjeta de crédito sera guardada de forma confidencial y segura en su Registro Médico Electrónico, y los pagos a su tarjeta se procesan solo después de que la aseguradora ha presentado y procesado el reclamo, y la porción de seguro del reclamo ha pagado y publicado en la cuenta.

Autorizo a JAWS podiatry a cargar la porción de mi factura que es mi responsabilidad financiera a la siguiente tarjeta de crédito o débito:

Amex Visa Mastercard Discover

Numero de tarjeta _____

Fecha de expiración ____ / ____ / ____ **CCV** _____

Nombre _____

Firma _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Zip** _____

Yo (nosotros), el que suscribe, autorizo y solicito a **JAWS podiatry** que cargue mi tarjeta de crédito, indicada anteriormente, por los saldos adeudados por los servicios prestados que mi compañía de seguros identifica como mi responsabilidad financiera.

Esta autorizacion se refiere a todos los pagos no cubiertos por mi compañía de seguros por los servicios que se me brindan en **JAWS podiatry**.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo (nosotros) cancelemos esta autorización. Para cancelar, yo (nosotros) debemos notificar por escrito a JAWS podiatry y la cuenta debe estar completamente saldada.

Nombre(Molde): _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

LA HISTORIA DEL PACIENTE

*** Por favor, rellene todos los formularios al máximo de su capacidad. El personal repasará la forma y responder a cualquier pregunta que pueda tener.**

Nombre completo: _____ Altura: _____ Peso: _____

1) ¿Cuál es el principal problema con los pies o los tobillos? _____

2) ¿Cuándo notó por primera vez la condición? _____

3) ¿Es esta una lesión? Sí No. Si la Sí, cuando se le ocurrió? _____ / _____ / _____

En caso afirmativo, ¿qué sucedió en el trabajo? Si No ¿Está reclamando compensación al trabajador? Si No

4) Comprobar todos los siguientes que correspondan:

Tipo de Dolor Ardiente Hormigueo Agudo Sordo Punzante Insoportable

Cuando Dolorosa Permanente Cuando Camina Despues Antes Deportes

Peor Con actividad Mejor con actividad continúa Peor al estar de pie Con Zapatos Sin Zapatos

A.M P.M Acostado En la Cama

5) ¿Qué tan doloroso es su condición? Si = 0 "sin dolor" y 10 = "el peor dolor que jamás haya experimentado", encierre en un círculo su nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) ¿Ha tenido cuidado de los pies antes? Si No Por quién y cuándo: _____

Antecedentes Quirugicos

Procedimientos u Hospitalizacion	Fecha	Complicaciones

Medicamentos (Por favor liste todos los medicamentos con corriente, sobre el mostrador, y suplementos está tomando)

Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Medicamentos	Dosis	Frecuencias
1.			1.		
2.			2.		
3.			3.		

Farmacia: _____ **Número:** _____ - _____ - _____

HISTORIAL MÉDICO Por favor, coloque una marca de verificación junto a cuál de las siguientes padece y si está indicado, por favor escribir en el espacio después de qué tipo.

<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Deformidad del pie	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Frost Bite	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vasculat Periferica
<input type="checkbox"/>	Articulacion Artificial	<input type="checkbox"/>	La Gota	<input type="checkbox"/>	Poliomielitis
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar
<input type="checkbox"/>	Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Raynaud's
<input type="checkbox"/>	Trastorno de la Coagulacion	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/>	Artritis/Reumatoide
<input type="checkbox"/>	Cuagulos de Sangre	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	Stroke
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/>	Hipertension	<input type="checkbox"/>	Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/>	DVT	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Riñones	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Ulcera Pierna/ Pie	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	Dialisis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del higado	<input type="checkbox"/>	Venas Varicosas
<input type="checkbox"/>	Altos Nivel de Colesterol	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	Hinchazon	<input type="checkbox"/>	Transplante de Organos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	

HISTORIA SOCIAL

¿Bebes alcohol? ___ Si ___ No; Si es así, ¿cuánto? ☐ ☐ 1-2 por semana, 5-6 por semana ☐ > 3 por día

uso de drogas recreativas

* Cualquier tipo de uso de drogas es una opción personal y de ninguna manera afectar negativamente a su relación con el médico. Sin embargo, muchos medicamentos pueden interactuar con otros medicamentos y tratamientos con efectos potenciales que amenazan la vida. Por lo tanto, es extremadamente importante que responda con honestidad. Su respuesta se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad médico-paciente.

Respuesta: ___ Si ___ No

En caso afirmativo: ¿Qué sustancia y cómo usa a menudo? _____

¿Cuál es su ocupación? _____

Cuál es tu estado civil? ___ Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Divorciado(a) ___ Separado(a) ___ Viudo(a) ___ Pareja

¿Usted fuma tabaco? ___ Si ___ No

En caso afirmativo: ___ # de años de fumar? ___ Paquetes Por día? ___ Cigarettes Por día?

Si no: ¿Fumó usted? ___ Si ___ No

Si sale: ¿Cómo hace cuanto tiempo que dejó de fumar? _____

HISTORIA DE LA FAMILIA * Por favor marque todo lo que corresponda

	Diabetes 1 o 2	Enfermedad del Corazon	Hiertension	Gota	Cancer y Tipo	Edad de Muerte
Padre						
Madre						
Hermano						
Hermana						

ALERGIAS: Por favor listar todas las alergias y los tipos de reacciones que tiene:

Médico de atención primaria: _____ Phone: _____

Fecha aproximada de último examen físico ___ / ___ / ___

¿Qué otros médicos ¿nos gustaría compartir una copia de su visita con?

☐ Diabetes; ¿Cuál es el nombre y número de teléfono del médico que lo trata por la diabetes?

¿Cuándo fue su última visita? ___ / ___ / ___ ¿Cuál es su lectura promedio de azúcar en la sangre?

¿Estas embarazada? ___ Si ___ No ¿Cuántas semanas? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS () No estoy experimentando cualquiera de los siguientes síntomas.

* Si usted está experimentando cualquiera de los siguientes favor marque las casillas correspondientes:

General: ___ Fiebre ___ Sudor ___ Ganancia de Peso ___ Perdida de Peso

Vision: ___ Lentes ___ Contactos ___ Visión Doble ___ Borroso ___ Ceguera ___

Orejas: ___ Pérdida de la audición ___ Zumbido ___ Dolor ___ Cronico

Nariz: ___ sangra ___ Sinusitis

La boca / Garganta: ___ Dolor ___ Sangrado en Ancías ___ Ronquidos ___ Boca Seca ___ Problemas en los Dientes

Cardiovascular: ___ Dolor de Pecho ___ Falta de Aliento al caminar ___ Palpitations ___ Soplos ___ calambres ___ Enfermedad da la válvula ___ Pierna

Respiratorio: ___ Tos ___ Sivilancia ___ Falta de Aliento ___ Apnea de Sueño ___ Tosiendo Sangre

Gastrointestinal: ___ Nausea ___ Vomito ___ Diarrea ___ Extreñimiento ___ Sangreaniento ___ Perdida delApetito ___ Reflujo

Genitourinario: ___ riñón o de la vejiga infecciones ___ Cronico ___ Orinar Dificulta ___ Dolor al orinar o sangre en la orina ___ Oscuro

Musculoesquelético: ___ Dolores de Musculo Devilidad ___ Dolor en la Articulaciones ___ Dolor de Espalda ___ Hinchazón en los Pies ___ Dificultad al caminar ___ Frecuentes CAE

Piel: ___ Mole Abnormal ___ Erupcion ___ Seco

Neurológica: ___ Perdida de Conciencia ___ Hormigeo / entumecimiento ___ Seizures ___ Mareo ___ Dolores de Cabeza

Psiquiátrico: ___ Depression ___ Dificultades para Dormir

Endocrino: ___ Fatiga ___ Intolerancia al Calor ___ Intolerancia al Frio ___ Pérdida de Cabello

Hematológicos: ___ Moretones con Facilidad ___ Sangrado Excesivo

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD (regulaciones de HIPAA)

() Se le proveyó un documento titulado "Aviso de prácticas de privacidad." Es requerido por las regulaciones gubernamentales que todas las instalaciones médicas comunicadas con este aviso. Por favor marque la casilla para confirmar que ha leído (o tenido la oportunidad de leer si se eligió) y entender el aviso. Esta es una copia de la notificación de que es tuyo para siempre. Si no desea que la copia, sólo tiene que volver a la recepcionista con sus otros materiales.

CONSENTIMIENTO

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Doy permiso al médico para administrar y llevar a cabo estos procedimientos, incluyendo las inyecciones terapéuticas y de diagnóstico, que se consideren necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento de mis pies.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

FSOA08/20/08

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

(Letra de imprenta)

Por la presente autorizo a revelar _____ / o

liberar cualquier y toda la información conserning mi enfermedad y / o tratamiento de

Paciente / Tutor

Firma del Testigo



Autorización Para Realizar Fotografías, Videos o Grabaciones

Por la presente, consiento en ser entrevistado, fotografiado, grabado en video o filmado por representantes de JAWS healthcare para fines de publicación, exhibición o transmisión (impresión, web, pantalla digital y todas las demás formas de medios).

Acepto que tales entrevistas, grabaciones, artículos, citas, fotografías, películas, audio o video y / o reproducciones de los mismos en cualquier forma, son propiedad de JAWS healthcare, y renuncio a cualquier reclamo presente o futuro de reembolso por dicha fotografía. o reproducción en película de mi semejanza o de dichos testimonios por mí.

Por la presente, libero JAWS healthcare, sus afiliados, empleados, representantes y agentes de todos y cada uno de los reclamos, demandas, costos y responsabilidad que puedan surgir del uso de estas entrevistas, grabaciones, fotografías, cintas de video o películas, y / o cualquier reproducción de los mismos en cualquier forma, como se describe arriba, que surja de ser entrevistado, fotografiado, grabado en video o filmado.

Reconozco que he leído este formulario de consentimiento en su totalidad, o que me lo han leído (o traducido), y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre él y entenderlo.

Fecha: _____

Nombre y apellido: _____

Firma: _____

*Nombre y apellido del padre o tutor legal:

*Firma del padre o tutor legal:

Testigo: _____

*Nombre y firma del padre o tutor legal requerido para personas menores de 18 años