

NORTH JERSEY FOOT AND ANKLE CENTER

HISTORIAL MEDICO

Coloque una marca en "Si" o "No" para indicar si tiene alguna de las siguientes condiciones:

Sida / HIV	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Angina de Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Válvula Artificial del Corazón / Articulaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desmayo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas del hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Neuropatía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Vascolar Periférica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Venas Varicosas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gastritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Demencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Diabetes Si No Reciente HbA1c _____ Glucemia en Ayunas _____

Historial de ulceras en el pie Yes No Fumador/a Actual Anterior Nunca

Otras Condiciones Medicas _____

Historial de Cirugías _____

Hospitalizaciones _____

Doctor Primario _____ Ultima Visita _____

Altura _____ Peso _____ Presión Arterial _____ Tamaño de Zapato _____

¿Cuál es la razón por la que viniste hoy? _____

¿Alguna vez has ido a un Podiatra? Si No

Indique que problemas en los pies tiene ahora o ha tenido en el pasado:

Pie de Atleta	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Juanete	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Callos	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Entumecimiento en los Pies	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pie Plano	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dolor en el Talón	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Uña Encarnada	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Verrugas Plantares	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hinchazón en Tobillos o Pies	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Dolor de Tobillos	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida bajo la ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). También se me ha dado el derecho a revisar y obtener una copia de su aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

NORTH JERSEY FOOT AND ANKLE CENTER

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Seguro Social _____

Nombre del Paciente: Apellido _____

Nombre _____

Dirección _____

¿Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____

Genero M / F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Casado/a Viudo/a Soltero/a Menor
Empleador / Escuela _____

Teléfono de Empleador / Escuela _____

Nombre de Esposo/a _____

Teléfono de Esposo/a _____

¿COMO SE ENTERO DE NOSOTROS? _____

SEGURO MEDICO

Nombre del Suscriptor _____

Relación al Paciente _____

Compañía de Seguro _____

de Miembro _____

de Grupo _____

El paciente está cubierto por seguro adicional? Si/No

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Incluye medicamentos con receta y otros

Nombre de Farmacia _____

Número de Teléfono _____

Dirección _____

ALERGIAS

Cinta Adhesiva Codeína Aspirina

Yodo Lidocaína Penicilina

Sulfa Mariscos Látex Ninguna

Otros _____

NUMERO DE TELEFONO

Teléfono de Casa (_____) _____

Teléfono Móvil (_____) _____

A Que Numero Debemos Contactarte?

Casa Móvil

Contacto En Caso de Emergencia

Nombre _____

Relación _____

Teléfono Móvil (_____) _____

Teléfono de Trabajo (_____) _____

Consentimiento Para el Tratamiento

Doy mi consentimiento y mi permiso al medico para que administre los procedimientos que el medico considere necesarios.

Firma _____

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

North Jersey Foot & Ankle Center

SEGURO: Participamos en la mayoría de los regímenes de seguros. Si no está asegurado con un plan que participamos, el pago por completo se espera en cada visita. Si está asegurado en el seguro que participamos, pero no tiene una tarjeta actualizada del seguro, pago por completo para cada visita se requiere hasta que podamos verificar su cobertura. **Saber sus ventajas de seguro es su responsabilidad.** Contacte por favor a su compañía de seguros con cualquier pregunta que usted pueda tener con respeto a su cobertura.

MEDICARE: Somos abastecedor de Medicare que participa. Medicare, así como su seguro secundario se facturará por usted. Sin embargo; eso no significa que todos los servicios están cubiertos. Los pacientes son responsables de pagar su publicación anual deducible. Usted es también responsable de cualquier coseguro.

SEGURO SECUNDARIO: Su demanda medica será remitida a su secundario.

COPAGOS Y DEDUCTIBLES: Todos los copagos y deducibles deben ser pagados ala hora de servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. **La falta en nuestra parte de recoger copagos y deducibles de pacientes se puede considerar fraude.** Ayúdenos por favor en mantener la ley pagando su copago en cada visita.

TARIFA DE NO PRESENTACION: Si usted no cancela ni cambia la hora de su cita por lo menos 24 horas de aviso, **podemos determinar \$25 de "tarifa"** a su cuenta. Esta "carga de no presentación" no es reembolsable por su compañía de seguros. Se le facturara directamente por ello.

PAGA POR CUENTA PROPIA: El pago por completo es debido a la hora de servicio si usted no tiene seguro médico.

POLITICA DE LA TERMINACION DE LOS FORMULARIOS: Las formas serán determinadas un honorario que sea recogido antes de que el abastecedor termine el documento. Este honorario será cargado en un índice de \$25 hasta 2 paginas y \$15 adicionales para cada pagina adicional. Las formas serán completadas dentro de 5 días laborales de pago.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Este por favor enterado que algunos de los servicios que usted recibe no se pueden cubrir o considerar razonables o necesarios por medicare u otros aseguradores. Usted es responsable del pago de estos servicios.

REFERIDOS/AUTORIZACION: Nos requieren seguir las pautas de su plan manejado del cuidado que nos asigne por mandato que cuando usted visita a un especialista tal como el nuestro, debe tener un referido de su medico primario del cuidado antes de cuidado de la especialidad que busca. La obtención de referidos de su medico primario y no perder de vista sus visitas es su responsabilidad. Si usted no tiene un referido valido a la hora de su visita, su cita será cambiada.

SUMISION DE LA DEMANDA: Someteremos sus demandas y le asistiremos de cualquier manera nosotros razonablemente poder de ayudar a conseguir sus demandas pagadas. Su compañía de seguro puede necesitar cierta información directamente. Es su responsabilidad conformarse con su petición. Este por favor enterado que el equilibrio de su demanda es su responsabilidad. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

FACTURACION AL PACIENTE: Le enviaron hasta tres avisos para su responsabilidad financiera (coseguro, deducibles) después del pago y/o la explicación de los beneficios (EOB) que recibe de su compañía de seguros. **Después del tercer y pasado aviso, su cuenta se puede remitir a las colecciones con el interés que se acumula en el balance.** Es también su responsabilidad pagar el interés que se acumula si esta enviado a las colecciones. Deje por favor saber a la oficina de la facturación si usted tiene cualquier dificultad en resolver su cuenta. Las medidas del pago se pueden tomar caso por caso. Aceptamos los métodos siguientes de pago: En efectivo, tarjetas de crédito/Debito/Cheques. \$40.00 adicionales serán agregados a su declaración si el cheque se devuelve para los fondos escasos. En caso de que su compañía de seguros sucediera enviar el pago a usted, el paciente, contamos con que usted le transmita a nuestra oficina que se le aplicara a su balance.

He leído la política antes dicha con respecto a mi responsabilidad financiera a North Jersey Foot & Ankle Center de los servicios médicos proporcionados. Acuerdo para pagar a North Jersey Foot & Ankle Center cualquier balance sin pagar por mi portador de seguro para mi o la persona abajo nombrada. La asignación de ventajas yo, el infrascrito, certifica que yo (o mi dependiente) tiene cobertura con mi seguro según lo presentado y la asigna directamente a North Jersey Foot & Ankle Center todas las ventajas de seguro, pagadero a mi para los servicios rendidos. Entiendo que soy responsable del pago de deducibles, de copagos, y/o de servicios no cubiertos. Autorizo por este medio al doctor a lanzar toda la información necesaria para asegurar el pago de ventajas. Autorizo al LANZAMIENTO DE LA INFORMACION MEDICA a mi portador de seguro, o a medico solicitado a proporcionar la continuidad del cuidado. Autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

IMPRIMIR el Nombre del paciente: _____ Firma: _____

PARTE DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA (Alguien más que usted.)

IMPRIMIR Nombre: _____ Firma: _____

Relación al paciente: _____ Fecha: _____



542 Anderson Avenue, Cliffside Park, NJ 07010
Phone: 201.943.7977

4 Hunter Street Suite 201, Lodi, NJ 07644
Phone: 862.233.8438

310 Central Ave Suite 301 East Orange, NJ 07018
Phone: 973.673.3668

Fax : 201.945.4650

www.njfootandankle.com

Dear New Patient,

Welcome to our Practice!

First and foremost, thank you for entrusting us with your podiatric care. I look forward to helping you address all questions and concerns. In this letter you will find some general information regarding insurance terms and policies. We hope this information will help you understand your insurance plan. Should you have any questions regarding your insurance policy, please contact your insurance directly.

Allowed Amount: Also referred to as approved charge, allowable charge, this is the dollar amount typically considered payment in full by your insurance company along with its network providers. The allowed amount is a discounted rate rather than the actual charge. For example, you visit a doctor who is an in-network provider of your insurance, and the total charge for the visit was \$100. Your doctor is required to accept \$80 as payment in full for the visit. This is the allowed amount. Your insurance will pay your doctor \$80, minus any co-pay or deductible that you may owe. The remaining \$20 is considered “write off”, and you cannot be billed for it. If your doctor is not within your insurance network (an out of network provider) you may be responsible for the full charge of \$100.

Co-Payment (Copay): A dollar amount your insurance may require you to pay for an office visit at the time of your appointment. It is required to be paid at every office visit.

Coinsurance: The amount that your insurance may require you to pay for covered medical services **AFTER** you have satisfied co-payment and/or deductible. It is typically expressed as a percentage (%) of the allowable charge for covered medical services. For example: if the coinsurance is 80/20 your insurance covers 80% of the allowable charge, then you are required to pay the remaining 20% of coinsurance.

Deductible: A dollar amount that your insurance may require you to pay out of pocket each year **BEFORE** your insurance plan begins to make payments for claims. Not all plans require a deductible; therefor always check with your insurance company to see if your plan has any deductibles. Deductibles reset on a renewal date, which is typically January 1st.

Out-of-network Providers: Healthcare providers who are not contracted with the health insurance plan. Typically, if you visit a provider within your insurance’s network (in-network provider), the dollar amount for the medical services will be less than if you go to an out-of-network provider.

Out-of-Pocket Limit (OOP Limit, Stop-Loss or Coinsurance Limit): The most you have to pay for covered medical services in a plan year. After you spend this amount on a deductible, co-pay, and coinsurance than will your insurance pay 100% of the costs of covered benefits. Just like the deductibles, out-of-pocket maximum resets with the plan every year.

North Jersey Foot & Ankle Center

Notice of Privacy Practices

Phone: (201) 943-7977 Fax: (201) 945-4650

Your Information. Your Rights. Our Responsibilities

Website: njfootandankle.com

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

Please review it carefully.

Your Rights

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

Get a copy of your health records

- You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this.
- We will provide a copy or a summary of your health and claims records, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

Ask us to correct health and claims records

- You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

Request confidential communications

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We will consider all reasonable requests and must say “yes” if you tell us, you would be in danger if we do not.

Ask us to limit what we use or share

- You can ask us **not** to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations
- We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.

Get a list of those with whom we’ve shared information

- You can ask for a list (accounting) of times we’ve shared your health information for six years prior to the day you ask, who we shared it with, and why.
- We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

Get a copy of this privacy notice

- You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

Choose someone to act for you

- If you have someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

File a complaint if you feel your rights are violated

- You can complain if you feel we have violated your right by contacting us using the information on the back page.
- You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

Your Choices

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care.
- Share information in a disaster relief situation--

If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.

In these cases we never share your information unless you give us written permission:

- Marketing purposes
- Sale of your information

Our Uses and Disclosures

How do we typically use or share your health information?

We typically use or share your health information in the following ways.

Help manage the health care treatment you receive

- We can use your health information and share it with professionals who are treating you
Example: A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.

Run our organization

- We can use and disclose your information to run our organization and contact when necessary.
Example: We use health information about you to develop better services for you.
- **We are not allowed to use genetic information to decide whether we will give you coverage and the price of that coverage.**
This does not apply to long term care plans.

Pay for your health services

- We can use and disclose your health information as we pay for your health services.
Example: We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.

Administer your plan

- We may disclose your health information to your health plan sponsor for plan administration
Example: Your Company contracts with us to provide a health plan, and we provide your company with certain statistics to explain the premiums we charge.

Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director

- We can share health information about you with organ procurement organizations.
- We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests

- We can use or share health information about you:
 - For workers' compensation claims
 - For law enforcement purposes or with a law enforcement official
 - With health oversight agencies for activities authorized by law
 - For special government functions such as military, national security and presidential protective services

Respond to lawsuits and legal actions

- We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Changes to the Terms of This Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be able available upon request, on our website, and we will mail a copy to you.

This Notice of Privacy Practices applies to the following organization – North Jersey Foot & Ankle Center