

# Elizabeth Foot & Ankle Associates

240 Williamson St Suite 200 Elizabeth, NJ 07202 908-353-1777

Fecha:		Médico Primario:	Número Telefono:
<b>INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE</b>			
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Estado civil: (circule uno) Soltero      Casado Divorciado      Separado      Viudo
Correo Electronico:	Cumpleaños:	Edad:	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Dirección:	Ciudad:	Estado:	código postal:
Últimos cuatro de la Seguridad Social.:	Telefono.:	Telefono Celular no.:	
Ocupacion:	Empleador	Telefono del trabajo no:	
Eligio la clinica porque/ referido a clinica por:			
Nombre de la farmacia:		Direccion:	
Algún miembro de su familia se ven aquí:			
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO</b> (Indique su tarjeta del seguro a la recepcionista).			
Nombre de seguro primario:	Número de póliza	Número de Grupo:	
Nombre secundario de seguro (si aplica):	Número de póliza	Número de Grupo:	
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
Nombre:	Relación con el paciente:	teléfono no.:	Teléfono de trabajo no.:
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro de beneficios se pagan directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. Yo también autorizo a Elizabeth Foot &Ankle Associates o compañía de seguros para liberar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo.			
Firma del paciente o Guardián		Fecha	

# Elizabeth Foot & Ankle Associates

240 Williamson St Suite 200 Elizabeth, NJ 07202 908-353-1777

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Physical

edad: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Tamaño del zapato: \_\_\_\_\_

## Social History

Estado civil (circle): Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Alcohol (No) (Yes) <cantidad > \_\_\_\_\_

Fumar tabacco (No) (Yes) < cantidad > \_\_\_\_\_

## Hisotoria Médica Pasada

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH          | <input type="checkbox"/> Ataque de Corazon    | <input type="checkbox"/> Artritis Rematoide                  |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Hepatitis C          | <input type="checkbox"/> RSD                                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia            | <input type="checkbox"/> Presion Alta         | <input type="checkbox"/> Sciatica                            |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Cardiaca | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto      | <input type="checkbox"/> Ulcer en el Estomago                |
| <input type="checkbox"/> Asma              | <input type="checkbox"/> Hipertiroidea        | <input type="checkbox"/> Paro Cardiaco                       |
| <input type="checkbox"/> Cancer            | <input type="checkbox"/> Hypothyroid          | <input type="checkbox"/> Enfermeda de la valvula del corazon |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinon  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Higado | _____  |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmon | _____  |
| <input type="checkbox"/> GERD              | <input type="checkbox"/> Desorden de Nervios  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma          | <input type="checkbox"/> Osteoporosis         |  |
| <input type="checkbox"/> Gota              | <input type="checkbox"/> Mala Circulacion     |  |
| <input type="checkbox"/> Problema auditivo | Desorden Psiquiatrico                         |  |

Historia Quirúrgica : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historial familiar: (problemas Del corazon) (Diabetes) (mala circulacion) (Otra enfermedades):

\_\_\_\_\_

Algun problema en su familia con los pies? (NO) (Yes): \_\_\_\_\_

**Elizabeth Foot & Ankle Associates**

**240 Williamson Street Suite 200**

**Elizabeth, NJ 07202**

**Tel: (908) 353-1777**

## **Derechos y Responsabilidades del Paciente**

### **Usted es Responsable de:**

- Proporcionar a su médico la información correcta y completa de su historial de salud, p. alergias, enfermedades pasadas y presentes, medicamentos y hospitalizaciones.
- Proporcionar al personal la información correcta y completa de nombre, dirección, teléfono y contacto de emergencia cada vez que visite a su médico para que podamos comunicarnos con usted en caso de un cambio de horario o para darle instrucciones médicas.
- Proporcionar al personal información de seguro actual y completa, incluido cualquier seguro secundario, cada vez que visite a su médico.
- Informarle a su médico sobre todos los medicamentos recetados, alternativas, es decir, terapias a base de hierbas u otras, o medicamentos de venta libre que toma.
- Informarle a su médico sobre cualquier cambio en su condición o reacciones a medicamentos o tratamiento.
- Hacer preguntas a su médico cuando no comprende su enfermedad, plan de tratamiento o instrucciones de medicamentos.
- Seguir los consejos de su médico. Si rechaza el tratamiento o se niega a seguir las instrucciones dadas por su proveedor de atención médica, usted es responsable de cualquier consecuencia médica.
- Cumplir sus citas. Si debe cancelar su cita, llame a la oficina con al menos 24 horas de anticipación.
- Pagar copagos al momento de la visita u otras facturas al recibirlas.
- Seguir las reglas de la oficina sobre la conducta del paciente; por ejemplo, no se puede fumar en nuestra oficina y no hay comida ni bebidas en la oficina.
- Respetando los derechos y la propiedad de nuestro personal y otras personas en la oficina.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

# *Elizabeth Foot & Ankle Associates*

240 Williamson St Suite 200 Elizabeth, NJ 07202 908-353-1777

## **Assignment of Benefits Form**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Por este medio instruyo y dirijo todos los pagos por cheque hecho y enviado a:

Elizabeth Foot & Ankle Associates  
240 Williamson St Suite 200  
Elizabeth, NJ 07202

Para los beneficios de gastos médicos o profesionales que sean permisibles y pagaderos a mí bajo mi póliza de seguro actual como pago hacia el total de los cargos por los servicios profesionales prestados. **ESTO ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLÍTICA.** Este pago no excederá mi deuda con el cesionario arriba mencionado. He acordado pagar y soy financieramente responsable de todos los cargos, de manera actual, del seguro anterior:

- **Copagos apuesto a CADA visita**
- **Pagamento de seguro**
- **Deductibles**
- **Honorarios de agencias de cobro, honorarios de abogados y todos los honorarios relacionados con este cobro.**
- **Las facturas vencidas están sujetas a cargo de interés a una tasa del 1.5% mensual.**

Una fotocopia de esta cesión será considerada como efectiva y válida como original. También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.

Yo autorizo **Elizabeth Foot & Ankle Associates, PA** Para iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros por cualquier razón en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

## **Reconocimiento de Recibo de Prácticas de Privacidad**

He recibido una copia de Elizabeth Foot & Ankle Associates, práctica de privacidad de PA.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

# HIPAA Notice of Privacy Practices

## NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación se aplica a todas las personas que reciben servicios de la [agregar nombre de la oficina o la división] del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) y **no debe responder a ella**. EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVISE LA NOTIFICACIÓN ATENTAMENTE.

### SUS DERECHOS

**Derecho** a visualizar su historia clínica y obtener una copia de esta. En la mayoría de los casos, tiene derecho a visualizar su historia clínica u obtener copias de esta. Debe presentar la solicitud por escrito. Le enviaremos una respuesta a su solicitud dentro de los treinta (30) días. Es posible que deba pagar una tarifa por el costo de realizar una copia de la historia clínica.

**Derecho** a una copia electrónica de su historia clínica. Si su información se mantiene en formato electrónico, puede solicitar que se envíe la historia clínica electrónica a usted u a otra persona o entidad. Responderemos su solicitud dentro de los treinta (30) días.

**Derecho** a corregir o actualizar su historia clínica. Si considera que hay algún error en su información de salud, puede solicitar que la corrijamos. Debe enviar su solicitud por escrito e indicar el motivo por el que necesita corregir la información.

**Derecho** a elegir cómo podemos comunicarnos con usted. Puede solicitarnos que compartamos información con usted de una manera determinada. Por ejemplo, puede solicitarnos que le enviemos información a su dirección laboral en lugar de a su domicilio particular. Debe presentar esta solicitud por escrito. No es necesario que incluya el motivo de la solicitud. Es posible que rechacemos las solicitudes inaceptables.

**Derecho** a obtener una lista de divulgaciones. Tiene derecho a solicitarnos una lista de las divulgaciones realizadas después del 14 de abril de 2003. Debe enviar la solicitud por escrito. No se incluirá la información que se comparta con fines de tratamiento, pagos u operaciones de salud. Le proporcionaremos un listado por año contable sin cargo, pero es posible que cobremos por las listas adicionales que se soliciten dentro del período de 12 meses.

**Derecho** a recibir una notificación de violación de privacidad. Tiene derecho a recibir una notificación en caso de que se viole la privacidad de cualquier información de salud protegida.

**Derecho** a solicitar restricciones sobre usos o divulgaciones. Tiene derecho a solicitarnos que limitemos la forma en la que se utiliza la información o se la comparte con otros. Debe presentar la solicitud por escrito e indicar qué información deberíamos limitar. Podemos rechazar las solicitudes de restricción. Si paga la totalidad de los gastos de bolsillo para un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que no se divulgue la información con respecto a ese artículo o servicio. Siempre respetaremos esa solicitud.

**Derecho** a revocar la autorización. Si le solicitamos que firme una autorización para la utilización o divulgación de su información personal, puede cancelar dicha autorización cuando lo desee. Debe presentar esa solicitud por escrito. Su solicitud no afectará la información que ya se haya compartido.

**Derecho** a obtener una copia de esta notificación. Tiene derecho a solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.

**Derecho** a presentar una queja. Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la forma en la que hemos utilizado o divulgado su información.

**Derecho** a elegir a un representante. Si nombró legalmente a alguien como representante personal, esa persona puede ejercer los derechos que usted tiene y tomar decisiones sobre su salud.

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES** El Departamento de Servicios Humanos actúa como proveedor de atención médica para usted y su familia. Como consecuencia, debemos recopilar información sobre usted para proporcionar estos servicios. Debemos proteger su información personal de acuerdo con las leyes federales y estatales, y cumpliremos con las condiciones de esta notificación. Es posible que utilicemos y divulguemos información sin su autorización por los siguientes motivos:

Tratamiento. Podremos utilizar su información personal o divulgarla a los proveedores de atención médica que están involucrados en la atención que usted recibe.

Pago. Podremos utilizar o divulgar su información para obtener pagos o pagar los servicios de atención médica que recibió o recibirá.

Operaciones de atención médica. Podremos utilizar o divulgar su información a fin de administrar nuestro negocio, mejorar la atención que usted recibe y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Exigencias legales. Divulgaremos información a un organismo de salud pública que lleve registros vitales, como nacimientos, muertes y algunas enfermedades.

Investigaciones de abuso y negligencia. Podremos divulgar su información para denunciar todos los posibles casos de abuso o negligencia.

Actividades de supervisión de salud. Podremos utilizar o divulgar su información en respuesta a una inspección o investigación llevada a cabo por funcionarios estatales.

Programas gubernamentales. Podremos utilizar y divulgar su información para la administración y coordinación de beneficios públicos conforme a programas gubernamentales.

Evitar daños. Podremos utilizar y divulgar su información a agencias de cumplimiento de la ley a fin de evitar amenazas graves a la salud y la seguridad de una persona o del público.

Investigación. Podremos utilizar y divulgar la información que usted brinda para estudios y desarrollo de informes. Estos informes no identificarán específicamente al propietario de la información.

Asociados comerciales. Podremos utilizar y divulgar su información a nuestros asociados comerciales que realizan tareas en nuestro nombre, si es necesario para el cumplimiento de dichas tareas.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podremos utilizar su información y divulgarla a organizaciones comprometidas con la obtención, el almacenamiento o el transporte de órganos, ojos u otros tejidos, a fin de facilitar el trasplante de órganos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podremos divulgar su información a la autoridad militar correspondiente.

Indemnización laboral. Podremos utilizar y divulgar su información a los fines de los programas de indemnización laboral o similares que ofrecen beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Notificación de violación de datos. Podremos utilizar y divulgar la información para enviar las notificaciones obligatorias por ley en caso de que se acceda a su información de salud o se la divulgue sin autorización.

Demandas y disputas. Podremos utilizar y divulgar su información en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, petición de divulgación de pruebas u otro proceso legal.

Cumplimiento de la ley. Podremos divulgar su información a agencias de cumplimiento de la ley en los siguientes casos: 1) si la información se ofrece en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar; 2) si la información se limita a identificar o localizar a una persona sospechosa, a un fugitivo, a un testigo material o a una persona desaparecida; 3) si la información está relacionada con una víctima de un delito en circunstancias muy limitadas; 4) si la información está relacionada con una muerte posiblemente ocasionada por un delito; 5) si la información está relacionada con una conducta delictiva en alguna propiedad del DHS; y 6) si la información es necesaria en una emergencia para informar un delito o hechos relacionados con este.

Médico forense, examinadores médicos y directores de funerarias. Podremos divulgar su información a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Podremos divulgar la información que usted nos brinda al director de una funeraria según sea necesario para que este lleve a cabo sus tareas.

Seguridad e inteligencia a nivel nacional. Podremos divulgar la información que usted nos brinda a funcionarios federales autorizados para tareas de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el presidente y otras personas. Podremos divulgar la información que usted nos brinda a funcionarios federales autorizados a fin de que puedan ofrecer protección al presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.

Reclusos o personas bajo custodia. Si usted está preso, podremos divulgar la información que nos brinda a una institución correccional si dicha información fuera necesaria para que la institución: 1) le proporcione atención médica; 2) proteja su salud y su seguridad o las de otras personas; o 3) por la seguridad de las instituciones correccionales.

Divulgaciones a familiares, amigos y otras personas. Podremos divulgar la información que nos brinda a familiares, amigos u otras personas involucradas en la atención médica que recibe. Podrá oponerse a compartir esta información. Además, podremos compartir la información con el representante personal legalmente designado.

Directorio del hospital. A menos que nos notifique que se opone, podremos incluir determinada información personal sobre usted en el directorio del hospital a fin de responder a preguntas de amigos, de familiares, del clero y de otras personas que pregunten por usted mientras permanece en el hospital

Otros usos y divulgaciones que requieren de autorización por escrito

Para todas las demás situaciones. Le pediremos una autorización por escrito antes de utilizar o divulgar la información por cualquier otro motivo que no se haya mencionado anteriormente.

Entre las circunstancias especiales en las que se requiere de una autorización, se incluyen la mayoría de los usos y divulgaciones de sus notas de psicoterapia, determinadas divulgaciones de los resultados de las pruebas del virus de inmunodeficiencia humana o VIH, los usos y divulgaciones de su información médica con fines de mercadotecnia o para la venta de dicha información con algunas excepciones. Si nos autoriza, puede retirar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Para ello, comuníquese con nosotros al número que se indica a continuación. Si revoca la autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica tal como lo permitía la autorización por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos confiado en su autorización.

Según otras exigencias legales. Le pediremos una autorización por escrito a fin de cumplir con otras leyes que protegen el uso y la divulgación de la información que usted brinda.

**CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA** Puede utilizar la información de contacto a continuación si desea presentar una queja o informar un problema en relación con el uso o la divulgación de su información médica. El tratamiento o los servicios que está recibiendo no se verán afectados por ninguna queja que presente. El DHS se opone a cualquier represalia que resulte de la participación en una investigación conforme a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

**MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN** En el futuro, el DHS podrá modificar esta Notificación de prácticas de privacidad. Las modificaciones se pueden aplicar a la información médica que ya tenemos sobre usted, como también a la información que recibamos en el futuro. Según lo exige la ley, se publicará una copia de la nueva notificación en nuestras instalaciones/oficinas y se le proporcionará una copia a usted. Podrá solicitar una copia de nuestra notificación actual o visualizarla en línea en nuestro sitio web.

Signature below is only acknowledgement that you have received this Notice of our Privacy Practices:

Print Name: \_\_\_\_\_

Signature/Guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_