



Bem-vindo à nossa prática!

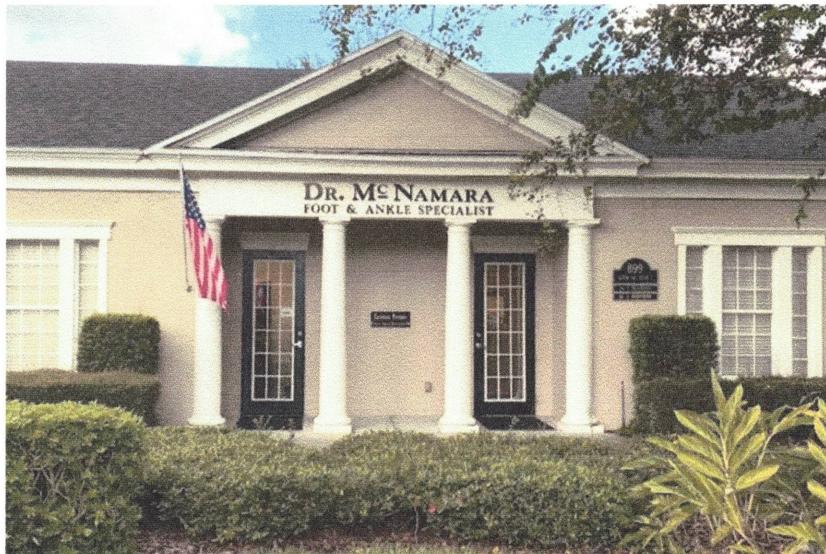
CENTRAL FLORIDA FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PA

Alexandra Heidtmann Nobre, DPM, AACFAS

899 Outer Road, Suite C, Orlando, FL 32814

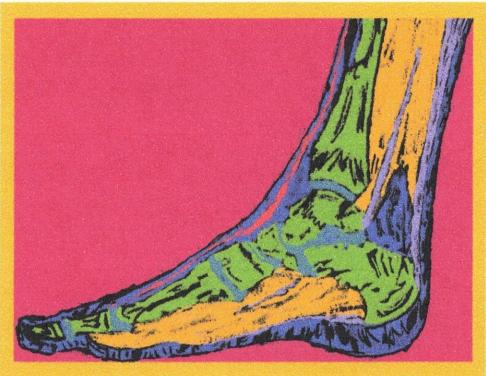
407-228-2838 Phone

Este novo pacote de documentação do paciente é para consultas com a Dra. Alexandra Heidtmann Nobre.



Chegue 15 minutos antes do horário marcado; Nós nos esforçamos para atender os pacientes a tempo. Nosso escritório exige aviso prévio de 24 horas se você não puder comparecer ao seu compromisso. Cancelamentos ou compromissos interrompidos sem aviso prévio de 24 horas estão sujeitos a uma taxa de \$ 50.00.

Nosso escritório NÃO fica de frente para a Outer Road. O MapQuest e o Google irão direcioná-lo para a frente do prédio (Nuvia Weight Loss Clinic). Estamos na parte de trás em frente ao grande estacionamento.



CENTRAL FLORIDA FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PA

Dr. Victor McNamara, DPM, D.ABFAS, FACFAS

Dr. Alexandra Heidtmann, DPM, AACFAS

899 Outer Road, Suite C , Orlando, FL 32814

407-228-2838 Phone 407-894-5151 Fax

Orlandofootcare.com

Bem-vindo(a) à nossa clínica!

Por favor, chegue 15 minutos antes do horário marcado, pois nos esforçamos para atender os pacientes pontualmente. Nossa clínica exige um aviso prévio de 24 horas caso você não possa comparecer à consulta. Cancelamentos ou faltas sem aviso prévio de 24 horas estão sujeitos a uma taxa de \$50.00.

Nossa clínica NÃO está voltada para a Outer Road. O Waze e o Google irão direcioná-lo para frente do prédio (Clínica Nuvia Weight Loss). Estamos na parte de trás do prédio, de frente para o grande estacionamento.

Informações do Paciente

Nome: _____ Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo atribuído ao nascimento (para fins médicos): () F () M

Se menor de idade, responsável: _____ Relação: _____

Se aplicável, SSN#: _____

Número de telefone: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado: _____ CEP: _____

Email: _____

Nome da empresa em que trabalha: _____ Telefone: _____

Médico primário: _____ Telefone: _____

Médico diabético: _____ Telefone: _____

Nome da farmácia que usa: _____ Telefone: _____

Contato de emergência: _____ Telefone: _____ Relação: _____

Seguradora de saúde : _____

Referido por: Doctor _____ Amigo/Família: _____ Ins Co: _____ Internet: _____ Site: _____

Autorização para Comunicação de Informações de Saúde Protegidas (PHI)

Propósito da Autorização: Esta autorização tem o propósito de permitir que a Central Florida Foot & Ankle Specialists facilite a comunicação sobre seu tratamento médico, compromissos e questões de contas médicas.

Eu, _____, por meio deste autorizo a **Central Florida Foot & Ankle Specialists** a comunicar quaisquer Informações de Saúde Protegidas (PHI) através dos seguintes métodos (marque todos que se aplicam):

- () Chamadas telefônicas (mensagens de voz)
- () Mensagens de texto
- () E-mail

Mensagens de voz: Eu autorizo a Central Florida Foot & Ankle Specialists a deixar mensagens de voz sobre minha informação médica pessoal no meu telefone, conforme necessário.

Designados para suas Informações de Saúde Protegidas:

Se você não estiver disponível no momento em que ligamos, por favor, liste abaixo as pessoas (designados) com quem podemos deixar uma mensagem ou discutir brevemente suas informações médicas (por exemplo, resultados de exames, informações de prescrição, informações de compromisso). Esta pessoa (designado) também poderá ligar para o escritório em seu nome. Por favor, escreva o nome e a relação com você/paciente de cada designado abaixo:

Nome do Designado: _____ Relação com o paciente: _____

Nome do Designado: _____ Relação com o paciente: _____

() Marque aqui se você **NÃO QUISER** que suas informações de saúde sejam discutidas com qualquer pessoa além de você mesmo(a).

Sua assinatura abaixo confirma sua aprovação destas preferências de comunicação atualizadas de acordo com a HIPAA. Você pode alterar suas seleções a qualquer momento, mas deve fazê-lo por escrito, preenchendo um formulário atualizado.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Central Florida Foot & Ankle Specialists, PA

Nome do paciente: _____

Motivo da consulta médica: _____

() PE DIREITO () PE ESQUERDO () TORNOZELO DIREITO () TORNOZELO ESQUERDO

Há quanto tempo isso está presente? _____

Sua visita está relacionada a uma lesão no trabalho? () SIM () NAO

*Nossos médicos não tratam lesões relacionadas ao trabalho; você deve procurar seu empregador para receber atendimento médico.

Altura: _____ Peso: _____ Tamanho do calçado: _____

Marque todos que se aplicam:

Histórico Médico

HIV

NENHUM	AVC / Derrame	Hipercolesterolemia
Alcoolismo	Depressão	Hipertensão
Transtorno de Ansiedade	Diabetes Tipo I	Hipotireoidismo
Artrite	Diabetes Tipo II	Doença Hepática Inflamatória
Arritmia	GERD (Refluxo)	Leucemia
Fibrilação Atrial	Gota	Doença Pulmonar
Asma	Perda Auditiva	Cancér Maligno
Dor nas Costas	Infarto / Ataque cardíaco	Dormência nos Pés
Visão Embaçada	Doença Cardíaca	Doença Renal
Cãibras nas Pernas	Hepatite	Síndrome de Reynaud

Outro histórico médico não mencionado acima: _____

História cirúrgico:

NENHUM	Excisão de Carcinoma Espinocelular	Prótese Total do Joelho Esquerdo
	Excisão de Melanoma	Prótese Total do Quadril Direito
Substituição Bilateral do Joelho	Substituição da Válvula Cardíaca	Prótese Total do Joelho Esquerdo
Excisão do Carcinoma Basal	Biópsia Cirúrgica de Pele	Prótese Total do Joelho Direito

Outras cirurgias não mencionadas acima: _____

Central Florida Foot & Ankle Specialists, PA

Medicação atual

Nome do paciente: _____ DOB: _____

Circule aqui se você não estiver tomando nenhum medicamento: NENHUM

Por favor, liste todos os medicamentos (incluindo não prescritos) que você está tomando

atualmente:

Central Florida Foot & Ankle Specialists, PA

Nome do paciente: _____

ALERGIAS: Circule aqui se você não tiver alergia a medicamentos: NENHUMA

Por favor, liste todas as alergias a medicamentos e reações ao medicamento:

Alergias	Reação à medicação

Status de Tabagismo: Nunca fumante

Fumante atual: Quantos pacotes por dia? _____ Por quantos anos? _____

Ex-fumante: Quantos pacotes por dia? _____ Há quantos anos você fuma? _____

Uso de Alcool: Nenhum 1-2 bebidas por dia 3 ou mais bebidas por dia

Status de Condução:

Dirige durante o dia: () SIM () NAO Dirige à noite: () SIM () NAO

Com que frequência você se exercita?

Nunca

Uma vez por dia

Algumas vezes por semana

Várias vezes por dia

Ocupação: _____

Política Financeira

Obrigado por escolher a **Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A.** como seu provedor de cuidados de saúde. Estamos comprometidos com o sucesso do seu tratamento. Por favor, entenda que o pagamento da sua conta é considerado parte do seu tratamento; o pagamento pontual é essencial para garantir a continuidade do menor custo possível para você. Todos os pacientes devem preencher nosso formulário de "Informações do Paciente" antes de consultar o médico.

SOBRE SEGUROS HMO, PPO E PLANOS DE CUIDADOS GERENCIADOS

Se tivermos contrato com seu seguro HMO, PPO ou Plano de Cuidados Gerenciados, o envio de reivindicações será automático. Você será responsável por qualquer valor de franquia, co-seguro, co-pagamento, suprimentos e/ou serviços não cobertos no momento em que os serviços ou procedimentos forem prestados.

SOBRE O MEDICARE

Aceitamos a atribuição de Medicare. Nós enviaremos as reivindicações do Medicare para você. Com o Medicare, você é responsável por qualquer franquia, co-seguro, suprimentos ou serviços não cobertos quando os procedimentos forem realizados.

SOBRE PACIENTES SEM SEGURO

O pagamento integral é devido no momento do atendimento. Aceitamos dinheiro, cheques, Mastercard, Discover, American Express e Visa.

SOBRE SEGURO PRIVADO

Sua apólice de seguro é um contrato entre você e sua companhia de seguros. Não somos parte desse contrato. Portanto, você é financeiramente responsável pelo pagamento integral na sua primeira consulta. Em consultas subsequentes, ficaremos felizes em enviar as reivindicações do seu seguro. Você será responsável por qualquer franquia, co-seguro, suprimentos e serviços não cobertos no momento do atendimento. Qualquer saldo restante após o pagamento pela empresa de seguros será de sua responsabilidade. Se sua empresa de seguros não fizer o pagamento dentro de 45 dias, o saldo será transferido para sua responsabilidade.

PACIENTES MENORES DE IDADE

Todos os pacientes menores de idade devem estar acompanhados por um dos pais ou responsável legal, caso contrário, o tratamento não será realizado.

FALTAS EM CONSULTAS

Seu horário de consulta é reservado exclusivamente para você. Exigimos um aviso prévio de 24 horas se você não puder comparecer à consulta. Cancelamentos ou faltas sem aviso prévio de 24 horas estarão sujeitos a uma taxa de \$50.00 por consulta perdida.

Obrigado por ler e compreender nossa Política Financeira. Por favor, nos avise se tiver alguma dúvida ou preocupação. Eu li, entendo e concordo com a Política Financeira acima.

_____ Iniciais do paciente.

Formulário de Assinatura em Arquivo

Eu entendo que sou responsável pelo pagamento dos serviços prestados a mim. Atribuo, por meio deste, os benefícios do seguro, de outra forma pagáveis a mim, para serem pagos diretamente à Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A. pelas taxas dos Médicos Profissionais. Autorizo a liberação de informações médicas para fins de seguro. Entendo que sou responsável pelos encargos não cobertos pela minha apólice de seguro.

Solicito, por meio deste, que os benefícios autorizados pelo Medicare e/ou quaisquer outros benefícios de seguro sejam pagos à Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A. em meu nome, por quaisquer serviços prestados pela Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A. Autorizo qualquer detentor de informações médicas sobre mim a liberar para a Administração de Financiamento de Cuidados de Saúde e seus agentes quaisquer informações necessárias para determinar esses benefícios ou os benefícios pagáveis por serviços relacionados. Em reivindicações atribuídas ao Medicare, o médico ou fornecedor concorda em aceitar a determinação de cobrança do operador do Medicare como o valor total, sendo o paciente responsável apenas por sua franquia, co-seguro e serviços não cobertos.

Entendo que minha assinatura autoriza o pagamento à Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A. por reivindicações médicas e autoriza a liberação das informações médicas necessárias para processar minhas reivindicações médicas.

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Aviso de Práticas de Privacidade: CENTRAL FLORIDA FOOT & ANKLE SPECIALISTS, P.A.

Este aviso descreve como as informações médicas sobre você podem ser usadas e divulgadas e como você pode obter acesso a essas informações.

QUEM SEGUIRÁ ESTE AVISO: Este aviso descreve as práticas de privacidade das informações seguidas por nossos funcionários, equipe e outros membros do pessoal do escritório. As práticas descritas neste aviso também serão seguidas pelos prestadores de cuidados de saúde com os quais você consulta por telefone (quando seu prestador de cuidados de saúde habitual do nosso escritório não estiver disponível) que oferecem "cobertura de chamadas" para o seu prestador de cuidados de saúde.

SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE: Este aviso se aplica às informações e registros que temos sobre sua saúde, estado de saúde e os cuidados e serviços que você recebe neste escritório. Somos obrigados por lei a fornecer este aviso a você. Ele informará sobre as formas pelas quais podemos usar e divulgar informações de saúde sobre você e descreverá seus direitos e nossas obrigações em relação ao uso e divulgação dessas informações.

COMO PODEMOS USAR E DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE SOBRE VOCÊ:

Para Tratamento: Podemos usar informações de saúde sobre você para fornecer-lhe tratamento médico ou serviços. Podemos divulgar informações de saúde sobre você para médicos, enfermeiros, técnicos, equipe do escritório ou outros membros do pessoal que estejam envolvidos nos seus cuidados de saúde. Por exemplo, seu médico pode estar tratando você por uma condição cardíaca e precisar saber se você tem outros problemas de saúde que possam complicar o tratamento. O médico pode usar seu histórico médico para decidir qual tratamento é o melhor para você. O médico também pode informar outro médico sobre sua condição para que esse médico possa ajudar a determinar o cuidado mais apropriado para você. Diferentes membros do nosso escritório podem compartilhar informações sobre você e divulgar informações para pessoas que não trabalham em nosso escritório, a fim de coordenar seus cuidados, como ligar para sua farmácia para receitas, agendar exames laboratoriais e solicitar raios-X. Membros da família e outros prestadores de cuidados de saúde podem fazer parte de seus cuidados médicos fora deste escritório e podem precisar de informações sobre você que temos.

Para Pagamento: Podemos usar e divulgar informações de saúde sobre você para que o tratamento e os serviços que você recebe neste escritório possam ser cobrados e o pagamento possa ser coletado de você, de uma companhia de seguros ou de um terceiro. Por exemplo, podemos precisar fornecer informações ao seu plano de saúde sobre um serviço que você recebeu aqui para que seu plano de saúde nos pague ou reembolse você pelo serviço. Também podemos informar ao seu plano de saúde sobre um tratamento que você vai receber para obter aprovação prévia, ou para determinar se seu plano cobrirá o tratamento.

Para Operações de Cuidados de Saúde: Podemos usar e divulgar informações de saúde sobre você para gerenciar o escritório e garantir que você e nossos outros pacientes recebam cuidados de qualidade. Por exemplo, podemos usar suas informações de saúde para avaliar o desempenho de nossa equipe no atendimento a você. Também podemos usar informações de saúde sobre todos ou muitos de nossos pacientes para nos ajudar a decidir quais serviços adicionais devemos oferecer, como podemos ser mais eficientes ou se certos tratamentos novos são eficazes.

Lembretes de Compromissos: Podemos contatá-lo como um lembrete de que você tem uma consulta para tratamento ou cuidados médicos no escritório.

Comunicações Não Médicas: Nossa prática pode usar suas informações de saúde protegidas (PHI) para contatá-lo por motivos não médicos. Por exemplo, podemos enviar-lhe um cartão de aniversário, uma saudação de feriado ou um agradecimento por indicações via correio.

Alternativas de Tratamento: Podemos informá-lo sobre ou recomendar possíveis opções de tratamento ou alternativas que possam ser do seu interesse.

Produtos e Serviços Relacionados à Saúde: Podemos informá-lo sobre produtos ou serviços relacionados à saúde que possam ser do seu interesse. Por favor, avise-nos se você não quiser ser contatado para lembretes de consultas, ou se não quiser receber comunicações sobre alternativas de tratamento ou produtos e serviços relacionados à saúde. Se você nos informar por escrito que não deseja receber essas comunicações, não usaremos ou divulgaremos suas informações para esses fins. Você pode revogar seu Consentimento a qualquer momento, dando-nos um aviso por escrito. Sua revogação será efetiva quando a recebermos, mas não se aplicará a quaisquer usos e divulgações que ocorreram antes desse momento. Se você revogar seu Consentimento, não teremos permissão para usar ou divulgar informações para fins de tratamento, pagamento ou operações de cuidados de saúde, e podemos, portanto, optar por descontinuar o fornecimento de tratamento e serviços de cuidados de saúde para você.

SITUAÇÕES ESPECIAIS: Podemos usar ou divulgar informações de saúde sobre você sem sua permissão para os seguintes propósitos, sujeitos a todos os requisitos e limitações legais aplicáveis:

Para Evitar uma Ameaça Grave à Saúde ou Segurança: Podemos usar e divulgar informações de saúde sobre você quando necessário para evitar uma ameaça séria à sua saúde e segurança ou à saúde e segurança do público ou de outra pessoa.

Exigido por Lei: Divulgaremos informações de saúde sobre você quando exigido por lei federal, estadual ou local.

Pesquisa: Podemos usar e divulgar informações de saúde sobre você para projetos de pesquisa que estejam sujeitos a um processo de aprovação especial.

Pediremos sua permissão se o pesquisador tiver acesso ao seu nome, endereço ou outras informações que revelem quem você é, ou se estiver envolvido no seu atendimento no escritório.

Doação de Órgãos e Tecidos: Se você for doador de órgãos, podemos divulgar informações de saúde para organizações que lidam com a aquisição de órgãos ou transplantes de órgãos, olhos ou tecidos, ou para um banco de doação de órgãos, conforme necessário para facilitar tal doação e transplante.

Militares, Veteranos, Segurança Nacional e Inteligência: Se você for ou foi membro das forças armadas, ou parte das comunidades de segurança nacional ou inteligência, podemos ser obrigados pelas autoridades de comando militar ou outras autoridades governamentais a divulgar informações de saúde sobre você. Também podemos divulgar informações sobre pessoal militar estrangeiro para a autoridade militar estrangeira apropriada.

Compensação dos Trabalhadores: Podemos divulgar informações de saúde sobre você para programas de compensação dos trabalhadores ou programas semelhantes. Esses programas fornecem benefícios para lesões ou doenças relacionadas ao trabalho.

Riscos à Saúde Pública: Podemos divulgar informações de saúde sobre você por motivos de saúde pública para prevenir ou controlar doenças, lesões ou deficiências; ou para relatar nascimentos, mortes, suspeita de abuso ou negligência, lesões físicas não acidentais, reações a medicamentos ou problemas com produtos.

Atividades de Supervisão de Saúde: Podemos divulgar informações de saúde a uma agência de supervisão de saúde para auditorias, investigações, inspeções ou fins de licenciamento. Essas divulgações podem ser necessárias para certas agências estaduais e federais monitorarem o sistema de cuidados de saúde, programas governamentais e o cumprimento das leis de direitos civis.

Processos Judiciais e Disputas: Se você estiver envolvido em um processo judicial ou disputa, podemos divulgar informações de saúde sobre você em resposta a uma ordem judicial ou administrativa. Sujeito a todos os requisitos legais aplicáveis, também podemos divulgar informações de saúde sobre você em resposta a uma intimação.

Eu, _____, revisei/ recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade da Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A.

Assinatura do paciente ou guardião: _____ Data: _____