

¡Bienvenido a nuestra práctica!

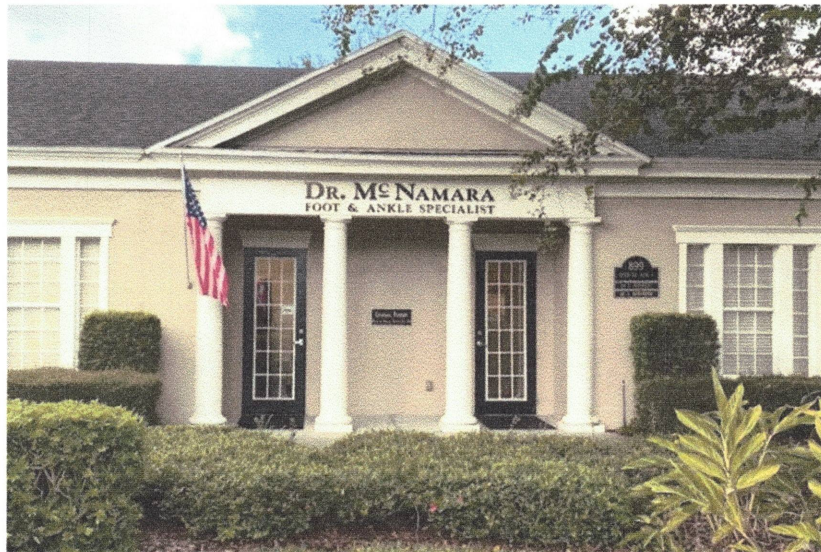
## CENTRAL FLORIDA FOOT & ANKLE SPECIALISTS, PA

Alexandra Heidtmann Nobre, DPM, AACFAS

899 Outer Road, Suite C, Orlando, FL 32814

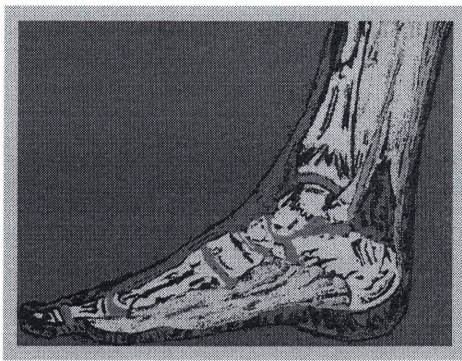
407-228-2838 Phone

Este nuevo paquete de documentación para pacientes es para consultas con la Dra. Alexandra Heidtmann Nobre.



Llegue 15 minutos antes de la hora programada; Nos esforzamos por atender a los pacientes a tiempo. Nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas si no puede asistir a su cita. Las cancelaciones o citas interrumpidas sin previo aviso de 24 horas están sujetas a una tarifa de \$ 50.00.

Nuestra oficina NO está frente a Outer Road. MapQuest y Google lo dirigirán al frente del edificio (Nuvia Weight Loss Clinic). Estamos en la parte de atrás frente al gran estacionamiento.



## 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

### ¡Bienvenido a nuestra práctica!

Por favor, llegue 15 minutos antes de la hora de su cita; nos esforzamos por atender a los pacientes a tiempo. Nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas si no puede asistir a su cita. Las cancelaciones o citas perdidas sin un aviso de 24 horas están sujetas a una tarifa de \$50.00.

Nuestra oficina **NO** da a Outer Road. Waze y Google lo dirigirán a la parte frontal del edificio (Nuvia Weight Loss Clinic). Estamos en la parte trasera del edificio, frente al gran estacionamiento.

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer (para fines médicos): ( ) F ( ) M

Si es menor, Persona responsable: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Seguro social del paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor Diabetico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Referido Por: Doctor: \_\_\_\_\_ Amigo/Familia: \_\_\_\_\_ Ins Co. \_\_\_\_\_ Internet: \_\_\_\_\_ Sitio web: \_\_\_\_\_



## Autorización para la Comunicación de Información de Salud Protegida (PHI)

**Propósito de la Autorización:** Esta autorización tiene como objetivo permitir que **Central Florida Foot & Ankle Specialists** proporcione continuidad en la atención y facilite la comunicación sobre mi tratamiento médico, citas y asuntos de facturación.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Central Florida Foot & Ankle Specialists a comunicar cualquier Información de Salud Protegida (PHI) a través de los siguientes métodos (marque todos los que apliquen):

- (    ) Llamadas telefónicas (mensajes de voz)
- (    ) Mensajes de texto
- (    ) Correo electrónico

**Mensajes de Voz:** Autorizo a Central Florida Foot & Ankle Specialists a dejar un mensaje de voz confidencial sobre mi PHI (por ejemplo, resultados de laboratorio o pruebas, información de recetas, información de citas) en mi teléfono, según sea necesario.

### Sus Designados da Información de Salud Protegida:

Si no está disponible en el momento en que llamemos, por favor liste a continuación a las personas (designados) con quienes podemos dejar un mensaje o discutir brevemente su información médica (por ejemplo, resultados de laboratorio o pruebas, información sobre recetas, información sobre citas). Esta persona (designado) también podrá llamar a la oficina en su nombre. Por favor, escriba el nombre y la relación con el paciente de cada designado a continuación:

Nombre del Designado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Designado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

(    ) Marque aquí si NO DESEA que se discuta su información de salud con nadie más que usted mismo.

Su firma a continuación confirma su aprobación de estas preferencias de comunicación actualizadas bajo HIPAA. Puede cambiar sus selecciones en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito completando un formulario actualizado.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

# Central Florida Foot & Ankle Specialists, PA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

( ) PIE DERECHO ( ) PIE IZQUIERDO ( ) TOBILLO DERECHO ( ) TOBILLO IZQUIERDO

¿Por cuánto tiempo ha estado presente?: \_\_\_\_\_

¿Su visita está relacionada con una accidente laboral? ( ) SÍ ( ) NO

*\*Nuestros médicos no tratan heridas relacionadas con el trabajo; debes contactar a su empleador para recibir atención médica.*

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla de zapato: \_\_\_\_\_

## Marque todo lo que aplique:

### Historia Medica

NINGUNO	CVA / Stroke	HIV
Alcoholismo	Depresión	Hipercolesterolemia
Ansiedad	Diabetes Tipo I	Hipertensión
Artritis	Diabetes Tipo II	Hipotiroidismo
Arritmias	GERD (Reflujo)	Enfermedad Hepática Inflamatoria
Fibrilación Auricular	Gota	Leucemia
Asma	Pérdida Auditiva	Enfermedad Pulmonar
Dolor de Espalda	Infarto de Miocardio	Cáncer Maligno
Visión Borrosa	Enfermedad Cardíaca	Entumecimiento en los Pies
Calambres en las Piernas	Hepatitis	Enfermedad Renal
		Síndrome de Raynaud

Otro historial médico pasado no mencionado anteriormente: \_\_\_\_\_

### Historial Quirúrgico

	Extirpación de Melanoma	Reemplazo Total de Cadera Izquierda
NINGUNO	Extirpación de Carcinoma de Células Escamosas	Reemplazo Total de Cadera Derecha
Reemplazo Bilateral de Rodilla	Reemplazo de Válvula Cardíaca	Reemplazo Total de Rodilla Izquierda
Extirpación de Carcinoma Basocelular	Biopsia Quirúrgica de la Piel	Reemplazo Total de Rodilla Derecha

Otras cirugías no mencionadas anteriormente: \_\_\_\_\_

## Central Florida Foot & Ankle Specialists, PA

## Medicación actual

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nascimento: \_\_\_\_\_

Marque aquí si no está tomando ningún medicamento: NINGUNO

Enumere todos los medicamentos (incluidos los de venta libre) que está tomando actualme

[illegible]

## Central Florida Foot & Ankle Specialists, PA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** Marque aquí si no tiene alergias a medicamentos: NINGUNA

Enumere todas las alergias a medicamentos y la reacción al medicamento:

Alergias	Reacción al medicamento

**Uso de Tabaco:** Nunca

Fumador actual    ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años has fumado? \_\_\_\_\_

Ex-fumador    ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_

**Uso De Alcohol:** NINGUNO    1 bebida por dia    1-2 bebidas por dia    3 o mas bebidas por dia

¿Usa drogas recreativas?    (    ) SÍ    (    ) NO

**Uso del vehículo:** ¿Conduces durante el día? ( ) SÍ ( ) NO

¿Conduces durante la noche? ( ) SÍ ( ) NO

**¿Con qué frecuencia hace ejercicio?** NUNCA    Una vez al día    Varias veces al día

**Ocupación:** \_\_\_\_\_



## Política Financiera

Gracias por elegir a **Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A.** como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento; el pago puntual es imprescindible para asegurar la continuación del costo más bajo posible para usted. Todos los pacientes deben completar nuestro "Formulario de Información del Paciente" antes de ver al médico.

### EN RELACIÓN CON SEGUROS HMO, PPO Y DE CUIDADO ADMINISTRADO

Si tenemos un contrato con su HMO, PPO o seguro de cuidado administrado, la presentación de reclamos de seguros será automática. Usted será responsable de cualquier deducible, coaseguro, copagos, suministros, y/o servicios no cubiertos en el momento en que se realicen los servicios o procedimientos.

### EN RELACIÓN CON MEDICARE

Aceptamos las asignaciones de Medicare. Presentaremos sus reclamos de Medicare por usted. Con Medicare, usted es responsable de cualquier deducible, coaseguro, suministros y/o servicios o procedimientos no cubiertos que se realicen.

### EN RELACIÓN CON PACIENTES SIN SEGURO

El pago completo se debe realizar en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, Mastercard, Discover, American Express y Visa.

### EN RELACIÓN CON SEGURO PRIVADO

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Por lo tanto, usted es financieramente responsable de su visita inicial en su totalidad en el momento del servicio. En sus visitas posteriores, con gusto presentaremos sus reclamos de seguros para usted. Usted será responsable de cumplir con cualquier deducible, coaseguro, suministros y servicios no cubiertos en el momento del servicio. Cualquier saldo que quede después de que su compañía de seguros pague es su responsabilidad. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de 45 días, el saldo se transferirá a su responsabilidad.

### PACIENTES MENORES

Todos los pacientes menores deben estar acompañados por un padre o tutor legal; de lo contrario, no se proporcionará tratamiento.

### CITAS PERDIDAS

Su hora de cita está reservada exclusivamente para usted. Requerimos un aviso de 24 horas si no puede asistir a su cita. Las cancelaciones o citas no atendidas sin 24 horas de aviso estarán sujetas a una tarifa por cita no atendida de \$50.00. Gracias por leer y comprender nuestra Política Financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. He leído, entendido y aceptado la Política Financiera anterior.

\_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente.

### Formulario de Firma en Archivo

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios proporcionados a mí. Por la presente, asigno los beneficios del seguro, que de otro modo serían pagaderos a mí, para que se paguen directamente a **Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A.** por tarifas profesionales de médicos. Autorizo la divulgación de información médica para fines de seguro. Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi póliza de seguro.

Por la presente, solicito que el pago de los beneficios de Medicare autorizados y/o cualquier otro beneficio de seguro se realice a Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A. en mi nombre por cualquier servicio proporcionado por Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a liberar a la Administración de Financiamiento de Salud y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. En los reclamos asignados de Medicare, el médico o proveedor acepta la determinación del cargo del transportista de Medicare como el cargo total y el paciente es responsable sólo de su deducible, coaseguro y servicios no cubiertos.

Entiendo que mi firma autoriza que el pago se realice a Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A. por reclamos médicos y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar mis reclamos médicos.

Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

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



**Aviso de Prácticas de Privacidad: CENTRAL FLORIDA FOOT & ANKLE SPECIALISTS, P.A.**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información.

**¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO?** Este aviso describe las prácticas de privacidad de la información seguidas por nuestros empleados, personal y otros trabajadores de la oficina. Las prácticas descritas en este aviso también serán seguidas por los proveedores de atención médica con los que consulté por teléfono (cuando su proveedor de atención médica habitual de nuestra oficina no esté disponible) que brindan "cobertura de llamadas" para su proveedor de atención médica.

**SU INFORMACIÓN DE SALUD:** Este aviso se aplica a la información y registros que tenemos sobre su salud, estado de salud y los cuidados y servicios que recibe en esta oficina. Estamos obligados por ley a darle este aviso. Le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar información de salud sobre usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información.

**CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED:**

**Tratamiento:** Podemos usar la información de salud sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar la información de salud sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otros empleados que estén involucrados en su atención y salud. Por ejemplo, su médico puede estar tratándolo por una afección cardíaca y puede necesitar saber si tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historial médico para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted. El médico también puede informar a otro médico sobre su condición para que ese médico pueda ayudar a determinar la atención más apropiada para usted. Diferentes empleados en nuestra oficina pueden compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan en nuestra oficina con el fin de coordinar su atención, como llamar a su farmacia para las recetas, programar análisis de laboratorio y solicitar radiografías. Los miembros de la familia y otros proveedores de atención médica pueden formar parte de su atención médica fuera de esta oficina y pueden requerir información sobre usted que tenemos.

**Para Pago:** Podemos usar y divulgar la información de salud sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en esta oficina puedan ser facturados y el pago pueda ser recolectado de usted, de una compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos proporcionar a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí para que su plan de salud nos pague o le reembolse por el servicio. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Para Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar la información de salud sobre usted para gestionar la oficina y asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos usar la información de salud sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son efectivos.

**Recordatorios de Citas:** Podemos contactarlo como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atención médica en la oficina.

**Comunicaciones No Médicas:** Nuestra práctica puede usar su PHI para contactarlo por razones no médicas. Por ejemplo, podemos enviarle una tarjeta de cumpleaños, un saludo de vacaciones o un agradecimiento por referencias por correo.

**Alternativas de Tratamiento:** Podemos informarle o recomendarle opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.

**Productos y Servicios Relacionados con la Salud:** Podemos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Por favor, notifiquenos si no desea ser contactado para recordatorios de citas, o si no desea recibir comunicaciones sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si nos informa por escrito que no desea recibir tales comunicaciones, no usaremos ni divulgaremos su información para estos fines. Puede revocar su Consentimiento en cualquier momento dándonos un aviso por escrito. Su revocación será efectiva cuando la recibamos, pero no se aplicará a ningún uso y divulgación que ocurriera antes de ese momento. Si revoca su Consentimiento, no se nos permitirá usar ni divulgar información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y por lo tanto, podemos optar por dejar de proporcionarle tratamiento y servicios de atención médica.

**SITUACIONES ESPECIALES:** Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted sin su permiso para los siguientes propósitos, sujetos a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:

**Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad:** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

**Requerido por la Ley:** Divulgaremos información de salud sobre usted cuando sea necesario hacerlo por ley federal, estatal o local.

**Investigación:** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es, o si estará involucrado en su atención en la oficina.

**Donación de Órganos y Tejidos:** Si usted es donante de órganos, podemos liberar información de salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

**Militar, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia:** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, podemos estar obligados por el mando militar u otras autoridades gubernamentales a liberar información de salud sobre usted. También podemos liberar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

**Compensación Laboral:** Podemos liberar información de salud sobre usted para programas de compensación laboral o similares. Estos programas brindan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos para la Salud Pública:** Podemos divulgar información de salud sobre usted por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o reportar nacimientos, muertes, abuso o negligencia sospechados, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

**Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones o propósitos de licencia. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales monitoreen el sistema de atención médica, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas:** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación.

Yo, \_\_\_\_\_, he revisado/recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Central Florida Foot & Ankle Specialists, P.A.

Firma del paciente/ Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_