

# Garden State



BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA  
PORFAVOR DE LLENAR LOS FORMULARIOS  
GRACIAS

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ F.D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

GENERO:  M  F ESTATUS MATRIOMONIAL:  Soltero(a)  Casado(a)  
 Divorciado(a)  Viudo(a)

IDIOMA PRIOMARIO HABLADO EN CASA: \_\_\_\_\_

ETNICIDAD:  Hispano(a) o Latino(a)  No Hispano(a) o Latino(a)

RAZA:  Blanco  Moreno/Afro Americano  Asiatico  Nativo Americano/Alaska  
 Nativo Hawaiiano / Isleño del Pacifico  Otro: \_\_\_\_\_

NUMEROS TELEFONICO: CASA (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
TRABAJO (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
CELULAR (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE Y TELEFONO) \_\_\_\_\_

ESTATUS DE TRABAJO:  Tiempo Completo  Tiempo Medio  Retirado  Estudiante

NOMBRE DE EMPLEADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_

QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR DE SU SEGURO: \_\_\_\_\_  
(SI NO ES USTED)

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE SU SEGURO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RELACION AL TITULAR DE SEGURO \_\_\_\_\_

PROXIMA PAGINA PORFAVOR

# Garden State

## Foot & Ankle Specialists

**Richard L. Corbin, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Daniel J. Roche, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Samantha L. Sheppard, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Michael Kaminsky, DPM, AACFAS**

*Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Razon por su cita:** \_\_\_\_\_

**Alergias ambiental/ de medicamentos / latex:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Condiciones Medica:**

\_\_\_\_\_

**Historia Quirúrgica Pasada:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos familiares (p.ej: diabetes, enfermedades cardíacas, cáncer u otras afecciones médicas)**

**Padre:** \_\_\_\_\_

**Madre:** \_\_\_\_\_

**Hermano:** \_\_\_\_\_

**Hermana:** \_\_\_\_\_

**Talla de Zapato:** \_\_\_\_\_ **Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_

**Farmacia (Nombre/Ciudad):** \_\_\_\_\_

**¿Fumas cigarretes?** (circule): Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Previamente – Paro \_\_\_\_ meses/años atras  
- ¿Cuantos paquetes diario?: \_\_\_\_\_ ¿Por cuantos años?: \_\_\_\_\_

**¿Bebe bebidas alcoholicas?** (circule): Nunca \_\_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Diario \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente:** \_\_\_\_\_

1250 Park Avenue, Plainfield, NJ 07060 P: 908-755-0707 F: 908-755-9204  
2253 South Avenue, Suite 1, Scotch Plains, NJ 07076 P: 908-233-1903 F: 908-233-1909  
28 Millburn Avenue, Suite 2, Springfield, NJ 07081 P: 973-379-9333 F: 973-218-1668  
4 Progress Street, Edison, NJ 08820 P: 908-753-0500 F: 908-753-0199  
1000 Route 9N, Suite 106, Woodbridge, NJ 07095 P: 732-636-8500 F: 732-636-8501  
623 N. Wood Avenue, Suite 3, Linden, NJ 07036 P: 908-925-1444 F: 908-925-3728



**Richard L. Corbin, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Daniel J. Roche, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Samantha L. Sheppard, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Michael Kaminsky, DPM, AACFAS**

*Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons*

---

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me fue proporcionada una copia del aviso de practicas de privacidad y que he leído (o he tenido la oportunidad de leer si así lo desean) y entiendo el aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (por favor imprimir)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre del representante autorizado (si procede)

\_\_\_\_\_  
Firma

---

1250 Park Avenue, Plainfield, NJ 07060 P: 908-755-0707 F: 908-755-9204  
2253 South Avenue, Suite 1, Scotch Plains, NJ 07076 P: 908-233-1903 F: 908-233-1909  
28 Millburn Avenue, Suite 2, Springfield, NJ 07081 P: 973-379-9333 F: 973-218-1668  
4 Progress Street, Edison, NJ 08820 P: 908-753-0500 F: 908-753-0199  
1000 Route 9N, Suite 106, Woodbridge, NJ 07095 P: 732-636-8500 F: 732-636-8501  
623 N. Wood Avenue, Suite 3, Linden, NJ 07036 P: 908-925-1444 F: 908-925-3728

# Garden State

## Foot & Ankle Specialists



**Richard L. Corbin, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Daniel J. Roche, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Samantha L. Sheppard, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Michael Kaminsky, DPM, AACFAS**

*Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons*

---

### SEGURO MEDICO

Aunque tengo seguro médico, estoy consciente de que esto no es garantía de pago. Si mi compañía de seguro niega el pago, entiendo que soy responsable de esta factura.

Si mi seguro requiere un referrido, es únicamente mi responsabilidad obtener el referrido antes de mi visita al consultorio. Si no obtengo el referrido antes de la cita, el pago de la cita es mi responsabilidad.

Yo entiendo que soy responsable de notificar a la oficina de cualquier cambio en mi seguro médico y presentar tarjetas actualizadas en coordinación. Si no proporciono información precisa, soy responsable del pago de la cita al consultorio.

Yo autorizo y garantizo el pago de todos los servicios rendido.

Aunque las tarifas por los servicios son debidos y pago se espera en el momento en que se prestan los servicios, si se me ha concedido un período de gracia para el pago de las tarifas, reconozco que el pago se debe y se espera en el tiempo que reciba el estado de cuenta.

En caso de que mi cuenta entre a un estado de delincuencia por más de 30 días, yo contrato también pagar un cargo financiero de 1.5% mensual sobre cualquier saldo adeudado, así como gastos de toda coleccion razonables que no excedan el 50%, costos judiciales, honorarios de abogados y las tasas de intereses devengados con el cobro de esta cuenta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente(favor de imprimir)

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardian o Representate Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

1250 Park Avenue, Plainfield, NJ 07060 P: 908-755-0707 F: 908-755-9204  
2253 South Avenue, Suite 1, Scotch Plains, NJ 07076 P: 908-233-1903 F: 908-233-1909  
28 Millburn Avenue, Suite2, Springfield, NJ 07081 P: 973-379-9333 F: 973-218-1668  
4 Progress Street, Edison, NJ 08820 P: 908-753-0500 F: 908-753-0199  
1000 Route 9N, Suite 106, Woodbridge, NJ 07095 P: 732-636-8500 F: 732-636-8501  
623 N. Wood Avenue, Suite 3, Linden, NJ 07036 P: 908-925-1444 F: 908-925-3728

# Garden State

## Foot & Ankle Specialists

**Richard L. Corbin, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Daniel J. Roche, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Samantha L. Sheppard, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Michael Kaminsky, DPM, AACFAS**

*Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons*

---

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HIPAA**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que bajo la Portabilidad y Responsabilidad de la Ley de 1996 (HIPAA) understand that under the Health Portability and Accountability Act 1996 (HIPAA) tengo ciertos derechos de privacidad con respect a mi informacion de salud. Entiendo que Garden State Foot and Ankle Specialists crea y mantiene el papel y/o registros electronicos que describen mi historial medico, sintomas, examines, resultados de pruebas, diagnosticos, tratamientos y cualquier plan para future cuidado y tramiento en el Garden State Foot and Ankle Specialists. Entiendo que esta informacion se puede utilizar como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento y el seguimiento entre los multiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en mi tratamiento directamente o indirectamente.
- Un medio de comunicacion entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Un medio por el cual un pagador tercero puede verificar que los servicios facturados fueron efectivamete prestado y obtener el pago de terceros pagados.
- Una herramienta para operaciones de atencion medica de rutina, tales como la evaluacion de la calidad y la recepcion de la aptitud de los profesionales de la salud.

Yo prefiero tener la notificacion de mi informacion de salud por los metodos siguientes. Por favor, marque todos los que apliquen:

- \_\_\_\_\_ Telefono de casa  
\_\_\_\_\_ Si no estoy disponible, puede dejar un mensaje con un miembro de la familia.  
\_\_\_\_\_ Mensaje detallado en el correo de voz  
\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo solo con contacto directo  
\_\_\_\_\_ Teléfono móvil

Mi información médica también puede ser discutida con las siguientes personas si lo solicitan:

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

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

1250 Park Avenue, Plainfield, NJ 07060 P: 908-755-0707 F: 908-755-9204  
2253 South Avenue, Suite 1, Scotch Plains, NJ 07076 P: 908-233-1903 F: 908-233-1909  
28 Millburn Avenue, Suite2, Springfield, NJ 07081 P: 973-379-9333 F: 973-218-1668  
4 Progress Street, Edison, NJ 08820 P: 908-753-0500 F: 908-753-0199  
1000 Route 9N, Suite 106, Woodbridge, NJ 07095 P: 732-636-8500 F: 732-636-8501  
623 N. Wood Avenue, Suite 3, Linden, NJ 07036 P: 908-925-1444 F: 908-925-3728

# Garden State

## Foot & Ankle Specialists



**Richard L. Corbin, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Daniel J. Roche, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Samantha L. Sheppard, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

**Michael Kaminsky, DPM, AACFAS**

*Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons*

Nombre \_\_\_\_\_

Medicare # \_\_\_\_\_

“Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre al nombre del proveedor del servicio y (o) el proveedor por cualquier servicio que me brinde ese proveedor de servicio y (o) proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados”.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre \_\_\_\_\_

Medicare # \_\_\_\_\_

Poliza secundaria # \_\_\_\_\_

“Solicito que el pago de los beneficios secundarios autorizados se realice en mi nombre al nombre del proveedor de servicio y (o) proveedor por cualquier servicio que me brinde ese proveedor de servicio y (o) proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar al asegurador secundario y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados”.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

1250 Park Avenue, Plainfield, NJ 07060 P: 908-755-0707 F: 908-755-9204  
2253 South Avenue, Suite 1, Scotch Plains, NJ 07076 P: 908-233-1903 F: 908-233-1909  
28 Millburn Avenue, Suite 2, Springfield, NJ 07081 P: 973-379-9333 F: 973-218-1668  
4 Progress Street, Edison, NJ 08820 P: 908-753-0500 F: 908-753-0199  
1000 Route 9N, Suite 106, Woodbridge, NJ 07095 P: 732-636-8500 F: 732-636-8501  
623 N. Wood Avenue, Suite 3, Linden, NJ 07036 P: 908-925-1444 F: 908-925-3728

# Garden State

## Foot & Ankle Specialists



### **Richard L. Corbin, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

### **Samantha L. Sheppard, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

### **Daniel J. Roche, DPM, FACFAS**

*Diplomate, American Board of Podiatric Surgery  
Fellow, American College of Foot & Ankle Surgeons*

### **Michael Kaminsky, DPM, AACFAS**

*Associate, American College of Foot & Ankle Surgeons*

Medicare tiene reglas específicas que cubren el pago de uñas de los pies micóticas (hongos). Para que Medicare cubra el desbridamiento (corte) de las uñas, uno debe tener dolor asociado con la enfermedad y / o tener una condición médica como diabetes o mala circulación. Si mi médico me ha dicho que no tengo una condición que califique, debo pagarle al médico por los servicios hoy y Medicare no me reembolsará. Lo siguiente describe mejor mi situación. Sin embargo, si fui atendido por mi médico dentro de los 61 días para un tratamiento de uñas micóticas, debo pagar ese servicio y Medicare no me reembolsará.

- Tengo una marcada limitación de la deambulación (caminar) cuando las uñas de los pies infectadas se vuelven más gruesas.
- Hay dolor como resultado del engrosamiento y distrofia de las uñas de los pies infectadas.
- Las dos declaraciones anteriores no se aplican a mí. Entiendo que debo pagar la cita de hoy y Medicare no me reembolsará si elijo que me corten las uñas de los pies hoy.

---

Firma

---

Fecha

---

1250 Park Avenue, Plainfield, NJ 07060 P: 908-755-0707 F: 908-755-9204  
2253 South Avenue, Suite 1, Scotch Plains, NJ 07076 P: 908-233-1903 F: 908-233-1909  
28 Millburn Avenue, Suite 2, Springfield, NJ 07081 P: 973-379-9333 F: 973-218-1668  
4 Progress Street, Edison, NJ 08820 P: 908-753-0500 F: 908-753-0199  
1000 Route 9N, Suite 106, Woodbridge, NJ 07095 P: 732-636-8500 F: 732-636-8501  
623 N. Wood Avenue, Suite 3, Linden, NJ 07036 P: 908-925-1444 F: 908-925-3728