

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) Divorciado(a) Casado(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 Hawaiiiano / Isleño del Pacifico Otro: _____

NUMEROS TELOFONICO: 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