

Dr.	Ion	athaı	n Cut	ler.	DPM

Dr. Brett Fried. DPM Dr. Joshua P. Daly. DPM. MBA

Dr. Daniel Elgut. DPM

Dr. Frankie Kirk. DPM

Royal Palm Beach:

11412 Okeechobee Blvd. Royal Palm Beach, FL 33411

Tel (561)793-6170 Fax (561) 795-3683

Lake Worth:

3618 Lantana Rd. Suite 102

Lake Worth, FL 33462

Tel (561) 967-4999 Fax (561) 967-2465

Palm Beach Gardens:

3375 Burns Rd. Suite 107

Palm Beach Gardens, FL 33410

Tel (561) 691-4682

Fax (561) 624-7084

Belle Glade:

1100 S. Main Street Belle Glade, FL 33430

Tel (561) 993-9968

Fax (561) 795-3683

West Palm Beach:

2047 Palm Beach Lakes Blvd West Palm Beach, FL 33409 **Tel (561) 793-6170**

Fax (561) 795-3683

Port St Lucie:

1420 SW St Lucie West Blvd Suite 103

Port St Lucie, FL 34986 **Tel (561) 793-6170**

Fax (561) 795-3683

Patient Information Sheet- Spanish

	Número Social:			Fecha:			
	Número de Telefono:	(Número Celu	ılar:		
	Nombre de Paciente:	Apellido	Nombre	Inicial	Eda	Fecha de N	lacimiento
A	Sexo (M o F):	o Soltero/a	o Viudo/a	∘ Casado/a	o Divo	orciado/a	
	Dirección:			2			
	Ciudad		Estado		Códig	go Postal	
	Contact de Emergend	cia:		Те	eléfono:		
	¿Cual es su Idioma F	Primario?					
	Empleo:		Núr	mero de Empl	eo:		
	Empleador:						
	Dirección:						
1C	Ciudad		Estado			Código Po	 stal
	¿Como se Lastimó e	I Pie?⊙Empleo ⊂		de Auto ○ Otr	·o:	-	
	¿Tiene algun directiv plazo sobre su cuidad	o avanzado incluy	vendo un tes	tamento sobr	e su sa	lud o un pode	er de largo
	Dirección de Correo	Electrónico:		*1			
d.	Médico Primario: Nor	mbre:		Apellido:			
	¿A quien le podemos	s dar las gracias p	or recomend	darle nuestra d	oficina:		
ł	Yo le doy permiso a service de la requerida por mi com Ankle Centers para recon mi diagnostico. Centers por los services	npañia de seguro d ealizar procedimie Yo autorizo el pag	de salud y le entos genera o de benefio	doy permiso ales y/o tratam	a Soutl iiento d	n Florida Foo e mi pie de a	t and cuerdo
	Firma de Paciente o	Guardian				Fecha	



Por favor pídale asistencia con este formulario a nuestro personal si lo necesita

www.sffac.com	¿Qué le preocupa de su pie o tobillo?				
Dr. Jonathan Cutler. DPM Dr. Brett Fried. DPM	¿Como ha tratado este problema en casa?				
Dr. Joshua P. Daly. DPM. MBA Dr. Daniel Elgut. DPM	¿Se ha lastimado el pie antes? ¿Como?				
Dr. Frankie Kirk, DPM	¿Qué tipo de empleo tiene?				
Royal Palm Beach: 1412 Okeechobee Blvd. Royal Palm Beach, FL 33411	Su altura: Peso: Tamaño de zapato/anchura?				
Fel (561)793–6170 Fax (561) 795-3683	¿Ha recibido tratamiento de su pie anteriormente?				
Lake Worth:	¿Con quien?				
3618 Lantana Rd. Suite 102	¿Algo lo decepcionó en su última visita a un especialista del pie?				
Lake Worth, FL 33462 FeI (561) 967-4999 Fax (561) 967-2465	¿Ha sido sometido a una cirugía de su pie o tobillo?				
Palm Beach Gardens: 3375 Burns Rd. Suite 107	¿Qué médicamentos toma?				
Palm Beach Gardens, FL 33410 Fel (561) 691-4682 Fax (561) 624-7084	Nombre de Farmacia: Numero de Farmacia:				
Belle Glade: 100 S. Main Street Belle Glade, FL 33430	Dirección de Farmacia:				
Fel (561) 993-9968 Fax (561) 795-3683	¿Esta embarazada? o Si o No				
West Palm Beach:	¿Fuma? Cantidad diaria:				
2047 Palm Beach Lakes Blvd. West Palm Beach, FL 33409 Fel (561) 793-6170 Fax (561) 795-3683	— 1 111 1 171 A A C I I				
Port St Lucie:	o Para mi conocimiento no soy alérgico/a a ningún médicamento.				
420 SW St Lucie West Blvd Suite 103 Port St Lucie, FL 34986 Tel (561) 793-6170 Fax (561) 795-3683	 Soy alérgico a (por favor circule): Aspirina Penicilina Novacain Sulfa Codeina Yodo Demerol Cintas adhesivas Otro: 				



Dr. Jonathan Cutler, DPM
Dr. Brett Fried, DPM
Dr. Joshua P. Daly, DPM, MBA
Dr. Daniel Elgut, DPM
Dr. Frankie Kirk, DPM

Royal Palm Beach:

11412 Okeechobee Blvd. Royal Palm Beach, FL 33411 **Tel (561)793-6170** Fax (561) 795-3683

Lake Worth:

3618 Lantana Rd. Suite 102 Lake Worth, FL 33462 **Tel (561) 967-4999** Fax (561) 967-2465

Palm Beach Gardens:

3375 Burns Rd. Suite 107 Palm Beach Gardens, FL 33410 **Tel (561) 691-4682** Fax (561) 624-7084

Belle Glade:

1100 S. Main Street Belle Glade, FL 33430 **Tel (561) 993-9968** Fax (561) 795-3683

West Palm Beach:

2047 Palm Beach Lakes Blvd. West Palm Beach, FL 33409 **Tel (561) 793-6170** Fax (561) 795-3683

Port St Lucie:

1420 SW St Lucie West Blvd Suite 103 Port St Lucie, FL 34986 **Tel (561) 793-6170** Fax (561) 795-3683 Ha usted alguna véz tenido o presentemente tiene algunas de las siguientes condiciones:

Anemia	□ Sí □ No
Asma	□ Sí □ No
Artritis	□ Sí □ No
Desorden Autoimunológico	□ Sí □ No
Tendencia a tener sangramientos	□ Sí □ No
Cuágulos de Sangre	□ Sí □ No
Cancer	□ Sí □ No
Diabetes	□ Sí □ No
Glaucoma	□ Sí □ No
Gota	□ Sí □ No
Problemas del Corazón	□ Sí □ No
Soplo del Corazón	□ Sí □ No
Hepatitis	□ Sí □ No
Presión Alta	□ Sí □ No
Problemas de Riñón	□ Sí □ No
Calambres en las piernas	□ Sí □ No
Nervios	□ Sí □ No
Adormecimiento en las piernas	□ Sí □ No
Rheumatismo	□ Sí □ No
Úlceras Estomacales	□ Sí □ No
Alguna condición no mencionada:	

Historia Familiar de alguno de los siguientes:

Presión Alta Cancer Embolias Problemas de Corazón

Diabetes Problemas de Sangramiento Cuágulos de Sangre



Dr. Jonathan Cutler. DPM Dr. Brett Fried, DPM Dr. Joshua P. Daly, DPM, MBA Dr. Daniel Elgut. DPM Dr. Frankie Kirk, DPM

Royal Palm Beach:

11412 Okeechobee Blvd. Royal Palm Beach, FL 33411 Tel (561)793-6170 Fax (561) 795-3683

Lake Worth:

3618 Lantana Rd. Suite 102 Lake Worth, FL 33462 Tel (561) 967-4999 Fax (561) 967-2465

Palm Beach Gardens:

3375 Burns Rd. Suite 107 Tel (561) 691-4682

Fax (561) 624-7084

Belle Glade:

1100 S. Main Street Belle Glade, FL 33430 Tel (561) 993-9968 Fax (561) 795-3683

West Palm Beach:

2047 Palm Beach Lakes Blvd. West Palm Beach, FL 33409 Tel (561) 793-6170 Fax (561) 795-3683

Port St Lucie:

1420 SW St Lucie West Blvd Suite 103 Port St Lucie, FL 34986 Tel (561) 793-6170 Fax (561) 795-3683

Remitencia de Archivos Médicos

Esta oficina cumple con los requisitos de HIPAA. Hacemos todo nuestro efuerzo de proteger su privacidad. Sentimos que es importante que entienda sus derechos como paciente a la confidencialidad. Si tiene cualquier procupación por favor sientase libre de hablar con nuestra encargada.

Remitencia de Información y Archivos Médicos

Yo entiendo que en firmando este documento vo autorizo la remitencia de mi información médica a mi proveedor de séguro médico que sea necesaria para este o otro reclamo relacionado de séguro médico. Yo autorizo a cualquier persona/médico o institución que tenga mi información médica u otra información sobre mi persona que remita toda información que se necesite para este o cualquier reclamo relacionado a la administración de séguro social y a la administración financiera de cuidado de salud, sus intermediarios y portadores.

Iniciales

Remitencia de Archivos Médicos a Hospitales/Médicos

Yo, el infrascrito, autorizo la remitencia de mi información médica a otros médicos que sean necesarios para mi cuidado médico. Tambien autorizo la remitencia a hospitales y/o instituciones de cuidado de salud referente a mi cuidado. Yo entiendo que mis archivos podrán ser enviados por facsímil a hospitales y/o médicos y que todos los efuerzos razonables serán hechos para mantener confidencialidad.

Iniciales

Entrega de Archivos Médicos a Miembros Familiares

Yo autorizo a South Florida Foot and Ankle Centers que divulge información referente a mi enfermedad y/o tratamiento a: Palm Beach Gardens, FL 33410 autorizo a South Florida Foot and Ankle Centers a dejar información médica en mi maguina contestadora. Tambien autorizo que información sea proporcionada a mi esposo/a.

Iniciales

Derechos del Paciente a la Confidencialidad

Yo entiendo que las oficinas South Florida Foot and Ankle Centers cumplen con las regulaciones de HIPAA. Todos los archivos médicos son confidenciales y no pueden ser divulgados sin el consentimiento por escrito de la persona a la cual pertenecen. Yo tambien comprendo que bajo las leyes del Estado de la Florida yo tengo el derecho a mis archivos médicos. Yo entiendo que yo puedo pedir que mis archivos sean entregados a un médico y/o institución médica pero esta petición debe ser hecha por escrito. Yo entiendo que por ley esta oficina nadamas puede remitir archivos médicos que sean generados por South Florida Foot and Ankle Centers. Ellos no pueden remitir archivos médicos de cualquier otro medico, hospital o institución. Estoy de acuerdo en aceptar responsabilidad por recargos de copias como proveido por los estatutos de la Florida. Yo entiendo que los empleados no tienen responsabilidad referente a cualquier aspecto de esta autorización. Además, tengo el derecho de quejarme con esta oficina o con la

	siento que mis derechos de pri no tomar venganza de ningun		
	Iniciales		
Nombre			
Firma	www.s	sffac.com F	echa



Dr. Jonathan Cutler, DPM Dr. Brett Fried, DPM

Dr. Daniel Elgut, DPM

Dr. Frankie Kirk, DPM

Roval Palm Beach:

11412 Okeechobee Blvd. Royal Palm Beach, FL 33411 Tel (561)793-6170

Lake Worth:

3618 Lantana Rd. Suite 102 Lake Worth, FL 33462

Fax (561) 795-3683

Tel (561) 967-4999 Fax (561) 967-2465

Palm Beach Gardens:

3375 Burns Rd. Suite 107 Palm Beach Gardens, FL 33410

Tel (561) 691-4682 Fax (561) 624-7084

Belle Glade:

1100 S. Main Street Belle Glade, FL 33430 Tel (561) 993-9968

Fax (561) 795-3683

West Palm Beach:

2047 Palm Beach Lakes Blvd. West Palm Beach, FL 33409

Tel (561) 793-6170 Fax (561) 795-3683

Port St Lucie:

1420 SW St Lucie West Blvd Suite 103 Port St Lucie, FL 34986 Tel (561) 793-6170

Fax (561) 795-3683

Poliza Financiera

			_		
Nom	hre	dΔ	Par	'iar	nta.

Pagos de Beneficios al Médico/Proveedor

Yo, el infrascrito, entiendo que South Florida Foot and Ankle Centers a acordado aceptar Medicare y/o séguro médico como pago de mis gastos médicos. Por mi firma debajo, yo Dr. Joshua P. Daly. DPM. MBA afirmo y entiendo que soy completamente responsable por pagar cualquier saldo de deducible anual y/o de co-aseguro despues de que Medicare o mi séguro médico hayan hecho pagos a South Florida Foot and Ankle Centers. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier recargos no cubiertos por my autorización. Si yo fallo en dar información corriente o actualizada y el reclamo es negado, yo sere totalmente responsable por el saldo completo.

Firma	Fecha

Método de Pago

Pago es requerido al momento en que el servicio es propocionado. South Florida Foot and Ankle Centers es un proveedor participante de Medicare, BCBS, y muchos otros planes de "PPO" y "HMO." Por favor pregúntele a nuestra recepcionista si nosotros participamos en su plan de séguro. Reclamos médicos de Proveedor Preferido (PPO) y HMO serán hechos automaticamente por nuestra oficina. Por favor presente su tarjeta de séguro médico a nuestra recepcionista para que le haga una fotocopía y para que pueda verificar su eligibilidad a beneficíos. Usted será responsable por cualquier cantidad de copago o co-aseguro en el momento de su visita.

En caso de que su cheque sea devuelto por cualquier razón, un recargo de \$35 será añadido a su cuenta. En caso de que sea necesario que su cuenta sea mandada a una agencia de colecciones o un abogado, un 30% del saldo sera añadido a su cuenta para cubrir los recargos de colección. Como cortesía archivamos su séguro médico. Si su reclamo no es pagado en 90 días, el reclamo será transferido a responsabilidad de paciente. Si el pago no es recibido a tiempo, la cuenta pudiera ser trasladada a una agencia de colección o un abogado.

Para su conveniencia, acceptamos MasterCard, Visa, American Express, Discover, v dinero en efectivo. No aceptamos cheques.

Si tiene una cita programada que necesita cancelar, por favor llame a nuestra oficina. Si no da notificación antes de 24 horas de que no asistirá a su cita, se le cobrará un recargo de \$20. Si tenia cita para un examen diagnóstico y no lo cancela antes de 24 horas el recargo será de \$50. Estos recargos serán cobrados en su proxima cita.

Gracias por tomar el tiempo de leer nuestra poliza financiera. Su cooperación es apreciada. Si tuviera alguna pregunta, o requiere cualquier asistencia, nos encantaría estar a su servicio.

Yo he leido esta poliza financiera y comprendo mis derechos y responsabilidades.

Firma	Fecha



Dr. Jonathan Cutler. DPM

Dr. Brett Fried, DPM

Dr. Joshua P. Daly, DPM, MBA

Dr. Daniel Elgut. DPM

Dr. Frankie Kirk. DPM

Royal Palm Beach:

11412 Okeechobee Blvd. Royal Palm Beach, FL 33411 Tel (561)793-6170

Fax (561) 795-3683

Lake Worth:

3618 Lantana Rd. Suite 102 Lake Worth, FL 33462 Tel (561) 967-4999

Fax (561) 967-2465

Palm Beach Gardens:

3375 Burns Rd. Suite 107 Palm Beach Gardens, FL 33410

Tel (561) 691-4682

Fax (561) 624-7084

Belle Glade:

1100 S. Main Street Belle Glade, FL 33430 Tel (561) 993-9968 Fax (561) 795-3683

West Palm Beach:

2047 Palm Beach Lakes Blvd. West Palm Beach, FL 33409 Tel (561) 793-6170 Fax (561) 795-3683

Port St Lucie:

1420 SW St Lucie West Blvd Suite 103 Port St Lucie, FL 34986 Tel (561) 793-6170 Fax (561) 795-3683

SIMPLE AGREEMENT FORM

Patient/Patients's Guardian authorizes South Florida Foot & Ankle Centers to deposit insurance checks received on the patient's account when the check is made out to the patient.

Tationts Ivame (print).	
Patient/Guardian Signature:	
Date:	

Patients Name (print).

Office use only:

CHART#

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

* You May Refuse to Sign This Acknowldgement*

1.	, have received a copy of this
office	e's Notice of Privacy Practices.
_	
	Please Print Name
_	Signature
-	Dale
	For Office Use Only
We a ackn	attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but owledgement could not be obtained because:
	Individual refused to sign
	Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
	☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
	Other (Please Specify)
-	
_	

© 2002 American Dental Association

All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).