



# NORTHEASTERN FOOT & ANKLE

235 MAIN AVENUE, PASSAIC, NJ 07055

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

**EMAIL:** \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion del trabajo \_\_\_\_\_

Informacion de emergencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Por quien ha sido usted referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Doctor Primario \_\_\_\_\_ Fecha de su ultima visita medica \_\_\_\_\_

Nombre y direccion de su farmacia \_\_\_\_\_

Telefono de su farmacia \_\_\_\_\_

Por favor describa el problema del pie o tobillo que la (o) ha traído a esta oficina hoy:

## ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS DE SEGURO Y AUTORIZACION DE DIVULGACION DE INFORMACION

Certifico que yo o mi(s) depende(s) tenemos/tiene(n) cobertura de seguro y traspaso directamente a Northeastern Foot and Ankle Specialists los beneficios del seguro, si los hubiera, de otra manera serian pagaderos a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro. El doctor/ la practica nombrada anteriormente puede usar la informacion del cuidado de la salud acerca de mi y puede divulgar dicha informacion a la(s) compania(s) de seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por sus servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Entiendo que todos los balances sobre 45 dias estan sujetos al 1.5% de la tasa de interes acumulada mensualmente (18% APR). Permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar de la original. Esta autorizacion esta en efecto hasta que sea cancelada o cambiada por mi.

## OBTENCION DEL ACTA DE PRIVACIDAD

Por el Acta de HIPPA de 1996, yo reconozco que me han dado la oportunidad de leer el "El Acta de Privacidad" expuesta en esta oficina. Tambien reconozco que me han dado la oportunidad de tener una copia de esta acta. Concedo permiso a **Northeastern Foot & Ankle Specialists, PC** y su personal autorizado de tomar me fotografias para el uso de publicaciones en hospitales o con objeto de publicidad legitima con proposito educativo u otros propositos. Este permiso tambien se aplicaria a fotografias tomadas a cualquier parte de mi anatomia en el curso de cualquier operacion o tratamiento que se me fueran realizados. Es de mi conocimiento y entiendo que la entrada, el cuarto de espera, el pasillo y los cuartos de examinacion estan siendo monitoreados por medio de video con propositos de seguridad. Y con solamente al entrar y permanecer en cualquiera de estos cuartos, yo doy mi autorizacion de ser grabada por medio de video mientras permanezca ahi.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente