



FLORIDA FOOT & ANKLE ASSOCIATES LLC

DR.MICHAEL A. RIVERA DPM

MEMORIAL OUTPATIENT CENTER

801 NORTH FLAMINGO ROAD SUITE #414 PEMBROKE PINES, FL 33028 TELEPHONE: (954) 888-1444 FAX: (954) 392-5550

PLEASE INCLUDE PHARMACY INFORMATION

***WE ARE A ELECTRONIC PAPERLESS OFFICE.**

THANK YOU.

PHARMACY NAME: _____

PHARMACY ADDRESS:

PHARMACY PHONE NUMBER: _____

PATIENT SIGNATURE: _____

DATE: _____

Florida Foot & Ankle Associates LLC

Dr. Michael A. Rivera DPM,DABPS, FACFAS

Memorial Center

601 North Flamingo Road

Suite # 414

Pembroke Pines, FL 33028

Telephone : (954) 888-1444

Fax : (954) 392-5990

POLICY ON MISSED APPOINTMENTS/CANCELLATIONS/NO SHOWS

\$35.00 Charge for No-Shows/Cancellations/Reschedules

PLEASE NOTE: WE DO NOT WANT YOUR MONEY. WE WANT YOU TO KEEP YOUR SCHEDULED APPOINTMENTS.

Our follow-up protocols are based on years of experience and provide you with the highest standard care. Keeping your appointment is important to the health of the patient as well as to the outcomes of the treatments being prescribed. When you do not keep your appointment, we have gaps in our schedule that affects our schedule for the whole day. Those gaps may have been given to other patients who want earlier schedules.

You will be considered a No-Show if you miss an appointment and do not notify us 24 hours in advance. You will receive a bill for \$35.00 if you no show/cancel or reschedule more than one appointment per year. Payment to be made via cash or credit card at the time of your next follow-up appointment.

Our office makes every effort to remind you of your appointment. Please update your home and cell phone numbers, address and e-mail address whenever there is a change. If you do not comply with our policy & regulations unfortunately we will have to discharge you from our practice.

I have read and understand the above policy.

Patient Signature

Date : _____

Witness: (Office Use only) _____



Formulario de responsabilidad financiera de paciente

Paciente: _____

Fecha: _____

Gracias por elegir a nuestro medico de Florida Foot & Ankle Associates, LLC. Estamos agradecidos por su elección y estamos comprometido a proporcionarle el mejor calidad de atención. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su conocimiento de nuestros formulario de responsabilidad financiera.

Paciente responsabilidades financieras

- Los pacientes son responsables por el copago, coaseguro, deducible y todos los otros procedimientos o tratamiento no cubiertos por su plan de seguro.
- Para mayor comodidad, Florida Foot & Ankle Associates, LLC (FFAA) manda la cuenta d tu seguro para los servicios proporcionados. Sin embargo, el paciente se requiere proporcionar FFAA con más información correcta y actualizada acerca de su cobertura de seguro.
- El paciente (o guardián del paciente, si un menor de edad) es responsable en última instancia por el pago de tratamiento y atención prestada por FFAA.
- El Paciente puede ser responsable del pago de cargos adicionales Incurridos pero sin limitarse a lo siguiente:
 - Cargo por cheques devueltos
 - Cualquier costo asociado con el cobro de pacientes
 - Cobrar por incumplimiento de citas sin previo aviso de al menos 24 horas antes de la cita.

Eh leído, comprendo y estoy acuerdo con los disposiciones de este Formulario de responsabilidad:

Firma del Patient o Guardian

Fecha

Imprimir el nombre del paciente o Guardian

Ha tenido lesiones en los pies, ¿los tobillos, piernas o espalda? Si es sí, por favor describir: _____

LISTA DE SUS MEDICINAS DE RECETA MEDICA Y MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE, TALES COMO VITAMINAS O INHALADORES		
Nombre de las medicinas	dosis (mg)	¿Con qué frecuencia las toma?

ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS

No soy alérgico a cualquier medicamento que yo sepa

Yo Soy alérgico a la siguiente:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Aspirina | Cinta/adhesivos en la piel |
| Codeína | Materiales de sutura |
| Novocain | Antihistamínicos |
| Vicodin | Yodo (IV) |
| Penicilina | Tetraciclina |
| Cipro | Drogas sulfa |
| Tranquilizantes | Lana |
| Cortisona | Otros: _____ |

OTROS PROBLEMAS

Compruebe si tiene o ha tenido, los síntomas en las siguientes áreas en un grado significativo y explica brevemente.

cuello	Espalda	Peso
Oídos	Intestinal	Nivel de energía
Nariz	Vejiga	Capacidad de dormir
Garganta	Intestino	Otro dolor O malestar:
Pulmones	Circulación	

ACUERDO CON LA ASEGURANZA

Yo, persona que firma, certifico que estoy cubierto por el Plan Médico antes mencionado y asigno a Florida Foot & Ankle Associates, LLC todos los beneficios de mi seguro médico que me sean rendidos. Autorizo al doctor a relevar toda la información necesaria para asegurar los pagos de mis beneficios, así como utilizar mi firma en todo lo relacionado en éste.

AUTORIZACION PARA MEDICARE

Estoy de acuerdo con que Medicare pague los beneficios por los servicios que me sean rendidos a Central Florida Foot and Ankle Center. Autorizo a Health Care Financing y sus agentes a obtener cualquier información necesaria para pagar la reclamación. Si hubiera otra aseguranza indicada en el punto 9 de la forma HCFA-1500, o cualquier otra forma de reclamo, mi firma autoriza el acceso de información para el asegurador o agencia asignada a Medicare. Doctores o suplidores aceptan el acuerdo de cargo determinado por Medicare, así como el monto total de los cargos y el paciente se hace responsable solamente de pagar el deducible, coaseguranza o ser vicio no cubierto. La coaseguranza y el deducible son basados en la determinación de cargos por Medicare.

CONSENTIMIENTO

Yo, certifico que la información antes mencionada es cierta y verdadera para mi conocimiento. Autorizo al doctor a administrar o llevar a cabo cualquier procedimiento que sea designado para mi diagnóstico o tratamiento en mis pies y/o tobillos.

Firma del Paciente

Fecha



HISTORIA PERSONAL DE SALUD

Nombre (Last, First, M.I.):		Fecha:	
Médico primario/referido:		Fecha del último examen físico:	
¿Estas recibiendo tratamiento de otro doctor ? por que razon?			
¿Cuál es su queja principal ?:			
Talla de zapato:			
Altura:		Peso:	
Último historial médico: (marque todos los que se aplican)			
Diabetes Miembro de la familia con diabetes _____ Asma Circulación pobre Venas varicosas Úlceras de pie Problemas de corazón Hipertensión arterial Desrame cerebral Slática Nerviosismo / ansiedad Artritis Osteoartritis Probelmas Reumatológicos SIDA Hepatitis B o C Esclerodermia		Trastornos de sangre Tuberculosis Enfermedad renal Diálisis Úlceras de estómago Anemia Calambres Dolores de cabeza/migrañas Cancer _____ Gota Poliomielitis Poblemas con cicatzacion Lupus Ceguera/retinopatía Otror: _____	
Está ¿Embarazada?			
¿Tiene problemas de coagulacion? ¿sangrado prolongado?			
Utiliza tabaco? Si No Cigarrillos/ día			
# de años		Cuando Dejo de Fumar	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
Año	Razón	Hospital	
OTROS HOSPITALIZACIONES			
Año	Razón	Hospital	



FORMULARIO DE REGISTRO

Medico Primario/Referido:		FECHA DE ULTIMA VISITA:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
FECHA:	SEGURO SOCIAL#		
APELLIDO:	NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	SUFIJO:
OTROS:	Correo electrónico:		
__/__/____	ESTADO CIVIL: (CÍRCUA UNO)	OCUPACION:	SEX: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
FECHA DE NACIMIENTO	Soltero /casado / Div / Sep / Viudo		
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	Código postal:
TELÉFONO:	TELÉFONO DE TRABAJO:	TELÉFONO CELULAR:	
INFORMACIÓN DE SEGURO			
COMPANIA DE SEGURO O NOMBRE DEL PLAN			
NOMBRE DEI SEGURO/PLAN:		TIPO DE PLAN:	
RELACIÓN DEL PACIENTE AL SEGURO PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> EL MISMO <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO _____			
NUMERO DE LA POLIZA :		EMPLEADOR DEL PRINCIPAL SEGURO:	
NOMBRE DE SEGURO PRINCIPAL:		TELEFONO :	
SEGURO SECUNDARIO INFORMACIÓN			
NOMBRE DEI SEGURO/PLAN:		TIPO DE PLAN:	
RELACIÓN DE PACIENTO A SEGURO PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> EL MISMO <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO _____			
NUMERO DE LA POLIZA #:		EMPLEADOR DEL PRINCIPAL SEGURO:	
NOMBRE DE SEGURO PRINCIPAL:		TELEFONO :	
¿A QUIEN PODEMOS AGRADECER SU REFERIDO?			
¿A VISTO UN PODIATRA RECIENTEMENTE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
EN CASO DE EMERGENCIA			
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA:	RELACIÓN:	TELÉFONO :	TRABAJO/CELLULAR TELÉFONO :
		()	()
<p>La Información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro de beneficios abonar directamente al médico. Comprendo que soy desde el punto de vista financiero responsable. También autorizo a la compañía de seguros proveer toda la información necesaria para el proceso de mis reclamaciones.</p>			
Firma del paciente/Representante		Fecha	