

EL DIA DE HOY:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEDICO PRIMARIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REFERIDO POR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APELLIDO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI:\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEX: **M** **F**

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

ESTADO: \_\_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELL PH:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HOME PH:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ WORK PH:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: **SOLTERO /CASADO / DIVORCIADO / APARTADO / VIUDO**

ESTADO DE EMPLEO: **EMPLEADO / ESTUDIANTE / RETIRADO**

**INFORMACION DE SEGURO**

SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TIPO DE PLAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POLITICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GRUPO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACION DEL PACIENTE AL SEGURADO PRINCIPAL: **EL MISMO** **CONYUGUE HIJO** **OTRO**

SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TIPO DE PLAN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POLITICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GRUPO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACION DEL PACIENTE AL SEGURADO PRINCIPAL: **EL MISMO** **CONYUGUE HIJO** **OTRO**

**EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELLULAR TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA INFORMACION ANTERIOR ES FIEL A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

**FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FECHA**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**HIPAA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) es una ley federal establecida para crear un estándar nacional de protección de la información de salud del paciente sin el consentimiento o el conocimiento del paciente. Como práctica certificada, estamos obligados a cumplir con las leyes HIPPA.

Tiene derecho a solicitar cómo se restringe su información de salud cuando se usa o divulga para tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica. Como práctica, no estamos obligados a seguir esta restricción, pero a menos que sea necesario, la información será restringida.

Al firmar este formulario, usted acepta el uso y la divulgación de su información de salud para el tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, la revocación no afectará a la información que ya haya sido divulgada en base al consentimiento previo.

El paciente entiende que:

• La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

• El paciente tiene derecho a restringir los usos de su información de salud, pero la práctica no tiene que cumplir con esas restricciones.

• El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones futuras.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente/Gardian legal Fecha

­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Impresso Relacion, Si no el pactiente



**HISTORIA PERSONAL DE SALUD**

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EL DIA DE HOY:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEDICO PRIMARIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUEJA PRINCIPAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TALLA DE ZAPATO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ALTURA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ULTIMO HISTORIAL MEDICO**

 \_\_\_DIABETES: TIPO 1\_\_\_ TIPO 2\_\_\_\_ \_\_\_TRASTORNOS DE SANGRE

 \_\_\_ASMA \_\_\_TUBERCULOSIS

 \_\_\_CIRCULACION POBRE \_\_\_ENFERMEDAD RENAL

 \_\_\_VENAS VARICOSAS \_\_\_DIALLSIS

 \_\_\_ULCERAS DE PIE \_\_\_ULCERAS DE ESTOMAGO

 \_\_\_PROBLEMAS DE CORAZON \_\_\_ANEMIA

 \_\_\_HIPERTENSION ARTERIAL \_\_\_CALAMBRES: DAY\_\_\_\_ NIGHT\_\_\_\_

 \_\_\_DESRAME CEREBRAL \_\_\_COLORES DE CABEZA/MIGRANAS \_\_\_SIATICA \_\_\_CANCER

 \_\_\_NERVIOSISMO/ ANSIEDAD \_\_\_GOTA

 \_\_\_OSTEOARTRITIS \_\_\_DEPRESION

 \_\_\_PROBLEMAS REUMATOLOGICOS \_\_\_POLIO

 \_\_\_SIDA \_\_\_PROBLEMAS CON CICATIZACION

 \_\_\_HEPATITIS B \_\_\_LUPUS

 \_\_\_ESCLERODERMIA \_\_\_CEGUERA/RETINOPATIA

 \_\_\_HEPATITIS C

ESTA EMBARAZADA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIENE PROBLEMAS DE COAGULACION? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UTILIZA TABACO? SI \_\_\_ NO\_\_\_ CIGARRILLOS\_\_\_\_ CHEW\_\_\_\_ CIGARS\_\_\_\_ PIPE\_\_\_\_

**INTERVENCIONES QUIRURUCAS**

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OTROS HOSPITILACIONES**

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HA TENIDO LESIONES EN LOS PIES, LOS TOBILLOS, PIERNAS O ESPALDA? SI \_\_\_\_ NO\_\_\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS**

**NOMBRE DE LAS MEDICINAS:** **DOSIS:** **FRECUENCIA:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_ NO SOY ALERGICA A CUAQUIER MEDICAMENTO QUE YO SEPA.**

**YO SOY ALERGICO A LA SIGUIENTE:**

\_\_\_\_\_ ASPIRINA \_\_\_\_\_ CINTA/ ADHESIVOS EN LA PIEL

\_\_\_\_\_ CODEINA \_\_\_\_\_ MATERIALES DE SUTURA

\_\_\_\_\_ NOVOCAIN \_\_\_\_\_ YODO

\_\_\_\_\_ VICODIN \_\_\_\_\_ DROGAS SULFA

\_\_\_\_\_ PENICILLNA \_\_\_\_\_ ANTIHISTAMINICOS

\_\_\_\_\_ CIPRO \_\_\_\_\_TETRACICLINA

\_\_\_\_\_ TRANQUILLZANTES \_\_\_\_\_ OTROS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OTROS PROBLEMAS**

\_\_\_\_\_ CUELLO \_\_\_\_\_ ESPALDA \_\_\_\_\_PESO

\_\_\_\_\_ OIDOS \_\_\_\_\_ INTESTINAL \_\_\_\_\_NIVEL DE ENERGIA

\_\_\_\_\_ NARIZ \_\_\_\_\_ VEJIGA \_\_\_\_\_ CAPACIDAD DE DORMIR

\_\_\_\_\_GARGANTA \_\_\_\_\_ INTESTINO \_\_\_\_\_ OTRO DOLOR/MALESTAR

\_\_\_\_\_ PULMONES \_\_\_\_\_ CIRCULACION

**ACUERDO CON LA ASEGURANZA:** YO, PERSONA QUE FIRMA, CERTIFICO QUE ESTOY CUBIERTO POR EL PLAN MEDICO ANTES MECIONADO Y ASIGNO A FLORIDA FOOT AND ANKLE ASSOCIATES LLC TODOS LOS BENEFICIOS DE MI SEGURO MEDICO QUE ME SEAN RENDIDOS. AUTORIZO AL DOCTOR A RELEVAR TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA ASEGURAR LOS PAGOS DE MIS BENEFICIOS, ASI COMO UTILIZAR MI FIRMA EN TODO LO RELACIONADO EN ESTE.

**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 ASSOICATES CENTER. AUTORIZO A HEALTH CARE FINANCING Y SUS AGENTES A OBTENER CUALQUIER INFORMACION NECE SARIA PARA PAGAR LA RECLAMACION. SI HUBIERA OTRA ASEGURANZA INDICADA EN EL PUNTO 9 DE LA FORM HCFA-1500, O CUALQUIEROTRA FORMA DE RECLAMO, MI FIRMA AUTORIZA EL ACCESO DE INFORMACION PARA EL ASEGURADOR O AGENCIA ASIG NADA A MEDICARE. DOCTORES O SUPLIDORES ACEPTAN EL ACUERDO DE CARGO DETERMINADO POR MEDICARE, A SI COMO EL MONTO TOTAL DE LOS CARGOS Y EL PACIENTE SE HACE RESPONSIBLE SOLAMENTE DE PAGAR EL DEDUCIBLE, COASEGURANZA O SER VICIO NO CUBIERTO. LA COASEGURANZA Y EL DEDUCIBLE SON BASADOS EN LA DETERMINACION DE CARGOS POR MEDICARE.

**CONSENTIMIENTO:** YO, CERTIFICO QUE LA INFORMACION 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 DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO EN PIES Y TOBILLOS.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE(PRINT) FIRMA DEL PACIENTE FECHA

**FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PACIENTE**

PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRACIAS POR ELEGIR A NUESTRO MEDICO DE FLORIDA FOOT AND ANKLE ASSOCIATES, LLC. ESTAMOS AGRADESIDOS POR SU ELECCION Y ESTAMOS COMPROMETIDO A PROPORCIONARLE EL MEJOR CALIDAD DE ATENCION. 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 PROCEDIMIENTROS O TRATAMIENTO NO CUBIERTOS POR SU PLAN DE SEGURO.
* PARA MAYOR COMODIDAD, FLORIDA FOOT AND ANKLE ASSOCIATES, LLC (FFAA) MANDA LA CUENTA TU SEGURO PARA LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS. SIN EMBARGO, EL PACIENTE SE REQUIERE PROPORCIONAR FFAA CON MAS INFORMACION CORRECTA Y ACTUALIZADA ACERCA DE SU COBERTURA DE SEGURO.
* EL PACIENTE(O GUARDIAN DEL PACIENTE, SI UN MENOR DE EDAD) ES RESPONSABLE EN ULTIMA INSTANCIA PPOR EL PAGO DE TRATAMIENTO Y ATENCION PRESTADA POR FFAA.
* EL PACIENTE PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO DE CARGOS ADICIONALES INCURRIDOS PERO SIN LIMITARSE A LO SIGULENTE.
1. CARGO POR CHEQUES DEVUELTOS
2. CUALQUIER COSTO ASOCIADO CON EL COBRO DE PACIENTES
3. COBRAR POR INCUMPLIMIENTO DE CITAS SIN PREVIO AVISO DE AL MENOS 24 HORAS ANTES DE LA CITA.

EH LEIDO, COMPRENDO Y ESTOY ACUERDO CON LOS DISPOSICIONES DE ESTE FORMULARIO DE RESPOSABILIDAD:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PATIENT O GUARDIAN FECHA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE(PRINT)

**POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS/CANCELACIONES/NO SHOWS**

**$45.00 CARGO POR NO SHOWS/CANCELACIONES**

NUESTROS PROTOCOLOS DE SEGUIMIENTO SE BASAN EN AÑOS DE EXPERIENCIA Y LE BRINDAN EL MEJOR CUIDADO ESTÁNDAR. MANTENER SU CITA ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DEL PACIENTE, ASÍ COMO PARA LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE PRESCRIBEN. CUANDO NO MANTIENE SU CITA, TENEMOS LAGUNAS EN NUESTRO HORARIO QUE AFECTA EL HORARIO PARA TODO EL DÍA. ESAS LAGUNAS PODRÍAN HABER SIDO DADAS A OTROS PACIENTES QUE NECESITAN CITAS MÁS PRONTO.

USTED SERÁ CONSIDERADO UN NO-SHOW SI USTED PIERDE UNA CITA Y NO NOS NOTIFICA CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN. **USTED RECIBIRÁ UNA FACTURA POR $45,00 SI NO MUESTRA/CANCELA O REPROGRAMA.**

NUESTRA OFICINA HACE TODO LO POSIBLE PARA RECORDARLE SU CITA. POR FAVOR ACTUALICE SU HOGAR Y NÚMEROS DE TELÉFONO CELULAR, DIRECCIÓN Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO SIEMPRE QUE HAYA UN CARGO. SI USTED NO CUMPLE CON NUESTRA POLÍTICA Y REGULACIONES DESAFORTUNADAMENTE, VAMOS A TENER QUE DESCARGAR DE NUESTRA PRÁCTICA.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA ANTERIOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE Fecha

****

**INFORMACIÓN DE FARMACIA**

FARMACIA NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE FARMACIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE FARMACIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PACIENTE FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\*TODAS LAS MEDCIACIONES SE PRESCRIBEN ELECTRÓNICAMENTE\*



**MEDIA RELEASE CONSENT FORM**

This consent form will authorize Dr. Michael Rivera, DPM, FACFAS to use and print photographs and any other form of media material for educational, informational, and promotional purposes. Images may be used, but is not limited to, Dr. Michael Rivera, DPM, FACFAS publications and newsletters, articles, advertising material, websites, social media posts, etc.

This Media Release Form will be kept on file by Dr. Michael Rivera, DPM, FACFAS as reference for individual approval.

Individual’s Full Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent/Guardian’s Full Name (if individual is under 18 years):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relationship to individual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

After reading the explanation above, I authorize Dr. Michael Rivera, DPM, FACFAS to take and use my photographs or media in any Dr. Michael Rivera, DPM, FACFAS publication, production or presentation, including electronic/internet marketing for the purpose of promoting Dr. Michael Rivera, DPM, FACFAS in a positive manner.

Parent/Individual’s Signature

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_