

Dr. Gregorio Caban D.P.M
BOARD CERTIFIED IN FOOT, ANKLE
&
RECONSTRUCTIVE REARFOOT SURGERY

Reconocimiento de las Practicas de Privacidad

Reconozco por este medio que he recibido una copia de las practicas de la privacidad según los requisitos de ley federal.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Representante del Paciente: Razon por que el paciente no firmo:

Firma del Personal: _____ Fecha: _____

Consentimiento del paciente para el uso y el acceso a la informacion de su salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha del consentimiento: _____

Autorizo la oficina de Dr. Gregorio Caban para divulgar la informacion protegida de mi salud al siguiente:

Nombre y relacion de las personas autorizadas a recibir la informacion:

Por favor circular Uno:

SI Autorizo []

NO Autorizo []

Autorizo la oficina de Dr. Gregorio Caban para dejar mensaje teefonicos con respecto a mi informacion protegida en el contestador automatico.

Firma del Paciente: _____ Fecha de Autorizacion: _____

Dr. Gregorio Caban D.P.M

BOARD CERTIFIED IN FOOT, ANKLE
&
RECONSTRUCTIVE REARFOOT SURGERY

Póliza Financiera

Este es un acuerdo entre Dr. Gregorio Caban como acreedor, y el paciente/deudor nombrado en esta forma.

Ejecutando este acuerdo, usted se compromete a pagar todo los servicios que reciba. El pago se recibe cuando se proveen los servicios. Aceptamos efectivo y tarjeta de créditos. Se colectaran los co-pagos y deducibles cuando se rinde los servicios.

Seguros: El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Facturas se manda solo a los seguro cuales tenemos contratos. Para reclamar y procesar los cargos a su seguro, requerimos una copia legible del frente y parte posterior de su tarjeta de seguro médica, identificación con foto, seguro social, y la verificación de los beneficios de su seguro antes de la visita. Es la responsabilidad de los asegurados/ del paciente proveer la información actual y exacta para mandar las sumisiones de las demandas. Todos los Co-pagos y deducibles cuando se rinden los servicios.

Si un plan a el que participa le cubre, de él que no somos abastecedores, el pago será cuando se rinden los servicios. Proveeremos un recibo detallado para que usted mande a su compañía de seguro, esta será responsable de reembolsarle cualquier cobertura que usted pueda tener.

Honorario de colección: Se le summara un 30% a su cuenta si se tiene que enviar a una agencia de colección. Usted nos da el permiso de comprobar su historia del credito y de empleo y de contestar a preguntas sobre su historia de credito con Dr. Gregorio Caban. Reservamos la opcion de reportar su cuenta a una agencia de colección o el Buro de Credito.

Renuncio Confidencial: Usted entiende que si su cuenta es referida a un abogado o agencia de credito, si llega a litigacion en corte, o si su cuenta es reportada a agencia de credito, su tratamiento en nuestra oficina puede ser parte de expediente publico.

Cargos: Por cada cheque devuelto por el banco, habra un cargo de \$35.00. Pago por cheque devuelto tendra que ser hecho en efectivo.

Copia de Historia Medica: Copias seran pedidas por escrito, y pagar un cargo razonable de \$1.00 por las primeras 25 paginas y \$0.25 centavos mas por las siguientes. Si requiere copias a mandar a otro doctor/organización. Da autorizacion aincluir toda informacion incluyendo historia de pago. Si da autorizacion a transferir sus arcchivos a nuestra oficina, nos autoriza a recibir informacion, incluyendo su historia de pago.

Consentimiento de fotos: Autorizo a Dr. Gregorio Caban y afiliados a tomar fotos a mi persona (o Hijo/a) procedimiento(s) medico o quirurgico(s) y condicionnes y al uso de estas fotos para propósitos científicos, investigativos y educacionales.

Fecha Efectiva: Al firmar este acuerdo, esta de acuerdo con todos los terminos y condiciones aquí expuestos y el acuerdo estara en efecto.

Mi firma certifica que he leído (me ha sido leído) y entiendo los contenidos de esta forma.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Persona Responsable(si no es el paciente) firma: _____

Dr. Gregorio Caban D.P.M

BOARD CERTIFIED IN FOOT, ANKLE
&
RECONSTRUCTIVE REARFOOT SURGERY

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____
Altura: _____ Peso: _____
Mano Dominante: _____ Derecha _____ Izquierda _____
Razón por su visita: _____

Ocupación: _____
Ha visto a otro doctor en los pasados seis meses?: _____ SI _____ NO
El nombre del doctor y condición tratada: _____

Tiene usted alergia (Alimentos/ Drogas/ Otras) cuales son: _____

Está tomando algún medicamento(s)? Cuales son: _____

Historia de Cirugía

Tipo de cirugía: _____
En qué año: _____ En qué Hospital: _____

Historia Médica

	SI	NO	Describa la condición
Artritis	_____	_____	_____
Presión (baja o alta)	_____	_____	_____
Circulación	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Corazón	_____	_____	_____
Hígado	_____	_____	_____
Pulmón	_____	_____	_____
Tiroides	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____
Usted fuma?	_____	_____	_____
Abuso de drogas o alcohol	_____	_____	_____
HIV positivo(a)	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

