



Dr. Jonathan Cutler, DPM
Dr. Brett Fried, DPM
Dr. Julio C. Ortiz, DPM
Dr. Joshua P. Daly, DPM

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

Lake Worth, FL
4889 S. Congress Ave.
Suite 201
Lake Worth, FL 33461
Phone: (561) 967-4999

Palm Beach Gardens, FL
9089 N. Military Trail
Suite 37
Palm Bch. Gardens, FL 33410
Phone: (561) 691-4682

Belle Glade, FL
1200 S. Main Street
Suite 200
Belle Glade, FL 33430
Phone: (561) 993-9968

West Boynton Beach, FL
10151 Enterprise Ctr. Blvd.
Suite 107
Boynton Beach, FL 33437
Phone: (561) 793-6170

Delray Beach, FL
4800 Linton Blvd
Suite E310
Delray Beach, FL 33445
Phone: (561) 793-6170

Remitencia de Archivos Médicos

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

Remitencia de Información y Archivos Médicos

Yo entiendo que en firmando este documento yo autorizo la remitencia de mi información médica a mi proveedor de seguro médico que sea necesaria para este o otro reclamo relacionado de seguro 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 seguro 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. También 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 esfuerzos 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: _____. Yo autorizo a South Florida Foot and Ankle Centers a dejar información médica en mi maquina contestadora. También 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 también 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 Secretaria de HHS si siento que mis derechos de privacidad han sido violados. Es la poliza de esta oficina no tomar venganza de ningun tipo contra cualquier paciente que remita una queja.

_____ Iniciales

Nombre

Firma

Fecha



Dr. Jonathan Cutler, DPM
Dr. Brett Fried, DPM
Dr. Julio C. Ortiz, DPM
Dr. Joshua P. Daly, DPM

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

Lake Worth, FL
4889 S. Congress Ave.
Suite 201
Lake Worth, FL 33461
Phone: (561) 967-4999

Palm Beach Gardens, FL
9089 N. Military Trail
Suite 37
Palm Bch. Gardens, FL 33410
Phone: (561) 691-4682

Belle Glade, FL
1200 S. Main Street
Suite 200
Belle Glade, FL 33430
Phone: (561) 993-9968

West Boynton Beach, FL
10151 Enterprise Ctr. Blvd.
Suite 107
Boynton Beach, FL 33437
Phone: (561) 793-6170

Delray Beach, FL
4800 Linton Blvd
Suite E310
Delray Beach, FL 33445
Phone: (561) 793-6170

Poliza Financiera

Nombre de Paciente: _____

Pagos de Beneficios al Médico/Proveedor

Yo, el infrascrito, entiendo que South Florida Foot and Ankle Centers a acordado aceptar Medicare y/o seguro médico como pago de mis gastos médicos. Por mi firma debajo, yo afirmo y entiendo que soy completamente responsable por pagar cualquier saldo de deducible anual y/o de co-seguro despues de que Medicare o mi seguro 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 seguro. Reclamos médicos de Proveedor Preferido (PPO) y HMO serán hechos automaticamente por nuestra oficina. Por favor presente su tarjeta de seguro médico a nuestra recepcionista para que le haga una fotocopia y para que pueda verificar su elegibilidad a beneficios. Usted será responsable por cualquier cantidad de co-pago o co-seguro 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 seguro 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, aceptamos MasterCard, Visa, American Express, Discover, y 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 leído esta poliza financiera y comprendo mis derechos y responsabilidades.

Firma

Fecha