



Sovereign
Health
System

JERSEY FAMILY

Dr. Daniel Waltuch

Dr. Lakshmi Mummadisingu

FOOT AND ANKLE

Nombre Completo: _____

Último

M.I.

Primer

Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

El Teléfono Celular #: _____ Correo electrónico: _____

Número de seguro social: _____ sexo: F M No Binario Estado civil: S M D W

Nombre Del Contacto De Emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono #: _____

Referencia proveedor (primer y último nombre): _____

Si no has sido referido por otro proveedor, ¿cómo se enteró acerca de nuestra oficina? _____

Información sobre el seguro: Si hemos recogido su tarjeta (S), sólo rellene el suscriptor fecha de nacimiento si es auto no.

Seguro primario: _____

Suscriptor (si no uno mismo): _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al suscriptor: _____

Suscriptor Identificación: _____ Grupo #: _____

Seguro secundario: _____

Suscriptor (si no uno mismo): _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al suscriptor: _____

Suscriptor Identificación: _____ Grupo #: _____

Favor de circular su origen étnico, idioma y raza:

Grupo étnico: Hispano no hispano *lengua:* Inglés Español Italiano otro: ____

Raza: Indio americano o de Alaska nativo Asia hawaiano negro/africano americano hispano blanco

Información adicional:

Farmacia: _____ Ciudad/Estado: _____

Por favor una lista de cualquier persona que usted nos autoriza a hablar con respecto a su información (results, refills, appts, etc.) médica:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Reason for today's visit: _____

Altura: peso ____: ____

Localización del dolor: _____ duración del problema (dolor): _____ calidad del dolor: Sharp quemadura sordo dolor

Por favor califique la severidad de su dolor: leve moderado severo

Signos/síntomas asociados: _____

Por favor una lista de las medicaciones actuales, dosis, frecuencia (incluye vitaminas, medicinas naturales, etcetera):

Medicamento dosis frecuencia

Tiene alergias a medicamentos/alimentos : No Si si si, por favor la lista:

E-RX consentimiento : Sovereign Medical Group implementos ePrescribing en nuestra oficina. ePrescribing es una iniciativa federal asignado por mandato que requiere que todos los médicos prescriben en esta manera ePrescribing de software envía recetas por internet a su farmacia de forma seguro, a través de la misma tecnología utilizada por las compañías de tarjetas de crédito. Esto ayuda a proteger la privacidad de su información personal. ePrescribing software también permite a su médico información importante de ver, como las interacciones entre medicamentos e historia de la prescripción. Los beneficios para usted son menor posibilidad de errores médicos, menos probabilidad de reacciones adversas al fármaco, menos viajes que deje en la farmacia y de una manera más segura, más rápida, más fácil de comprar su medicina recetada. **Estoy de acuerdo que Sovereign Medical Group podrá solicitar y utilizar mi historia de medicamentos de prescripción de otros proveedores de atención médica o de terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.**

X _____
Firma del paciente

Fecha

Aviso de privacidad: El aviso de prácticas de privacidad describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica protegida acerca de usted y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor léala cuidadosamente. Grupo médico soberano está obligado por ley a proteger la privacidad de información de salud que puede revelar su identidad y proporcionarle una copia de este aviso, el cual describe las prácticas de privacidad de información salud de nuestra práctica, su personal médico y médico afiliado que realizan conjuntamente actividades de pago y las operaciones del negocio con nuestra práctica. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futura salud física o mental o condición y relacionados con servicios de salud. **No dude en solicitar una copia.** Indica que esta firma se ofrecieron / recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad.)

X _____
Firma del paciente y de la salud atención agente/tutor/pariente fecha

Fecha

Paciente es incapaz de firmar por razones médicas Paciente se niega a firmar.

Responsabilidad financiera: Usted es responsable de suministrar a nuestro personal con tus tarjetas de identificación de seguro. Automáticamente presentará la reclamación sin embargo, usted es responsable por cualquier deducible o co-pago debido al tiempo de servicio como se describe por su póliza de seguro. Si cualquiera de los procedimientos realizados aquí no están cubierto bajo su plan, usted será financieramente responsable del pago completo. Por la presente usted garantiza pago completo grupo médico soberano para todos los cargos por servicios prestados o gastos superiores a los pagos de terceros (excepto donde prohibido por ley o bajo contrato). También autoriza a Sovereign Medical Group para liberar a compañías de seguros de agencias de gobierno y otros que pueden ser financieramente responsable por los servicios, toda la información necesaria para autorizar los servicios, determinar la necesidad médica o la medida o cantidad de las denegaciones de responsabilidad y desafío de necesidad médica. Asigna por la presente todas las cantidades a pagar por los servicios prestados al soberano Medical Group. Usted entiende que esto constituye una exención de confidencialidad bajo 42 C > F.R. parte 2 (registros de drogas y alcohol) y N.J.S.A. 26: 5c-1 y siguientes (actas FTW y SIDA) y que esta autorización es revocable, salvo en la medida en que se han tomado medidas en dependencia al respecto y si no permanecen en vigor por tiempo indefinido con el fin de efectuar el propósito para el cual se da. Es su responsabilidad entender que seguro planes SMG participa con. El proyecto de ley es su responsabilidad. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es una parte del contrato. Estamos encantados de presentar su reclamo para que usted directamente con la compañía aseguradora; sin embargo, la responsabilidad final para el pago es tuyo. Usted certifica que la información dada a usted en solicitud de pago bajo el título XVIII de la ley de Seguridad Social es correcto. Autorizar cualquier soporte de información médica o para liberar a la administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o lleva la información necesaria para esto o relacionados con la reclamación de Medicare. Usted podrá hacer pago de las prestaciones de autorizar en su nombre. Por el presente solicitud y consentimiento, examinación y tratamiento (incluidos los procedimientos de laboratorio, médico, quirúrgico y de diagnóstico) prestados por grupo médico soberano y sus asociados. Usted también acepta el retiro de muestras por examen de laboratorio o patología. Es su responsabilidad conocer que laboratorio los afiliados con su compañía de seguros. Nuestra oficina no se hará responsable por los servicios prestados a usted por un laboratorio no participantes. Aceptamos efectivo, cheque, giro postal y tarjetas de crédito. Hay una cuota de

\$25,00 por cualquier cheque devuelto. Tenga en cuenta en caso de que su cuenta queda sin pagar, nos vemos obligados a utilizar una agencia de colección y usted será responsable de todos los costos asociados con el proceso. No dude en llamar a nuestra oficina con facturación preguntas o dudas. Teléfono: (201) 703-5500. Nota: Si no se presenta para su cita (S) sin llamar a la oficina para cancelar/reprogramar, usted será cargado \$25. **certifico que he leído este formulario y comprender su contenido. También reconozco que ninguna garantía se han hecho en cuanto a los resultados de exámenes o tratamiento.**

Firma del paciente fecha

Fecha

PARA LOS TITULARES DE MEDICARE/MEDICARE REPLACEMENT PLAN, CONTINÚE A LA PÁGINA SIGUIENTE. DE LO CONTRARIO, EL TRÁMITE ESTÁ COMPLETO.

Beneficiarios preaviso de no cobertura (ABN)

Nota: Si Medicare no paga por **(D) el artículo/artículos** por debajo de usted puede tener que pagar.

Medicare no paga por todo, incluso algunos cuidados que usted o el médico tiene buenas razones para pensar que usted necesita. Esperamos que Medicare no puede pagar **(D) elementos de artículo** a continuación.

(D) elementos de cubierta no	(E) razón Medicare no puede pagar	(F) cálculo del costo
<input type="checkbox"/> ELECTROCARDIOGRAMA <input type="checkbox"/> PFT <input type="checkbox"/> Hemocult <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> las culturas <input type="checkbox"/> Suministros y materiales Trabajo de laboratorio <input type="checkbox"/> : ____ <input type="checkbox"/> Vacuna: ____ <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Medicare no paga por esta prueba para su condición <input type="checkbox"/> Medicare no paga por esta prueba tan a menudo como esto <input type="checkbox"/> Medicare no paga por experimental o de investigación pruebas <input type="checkbox"/> Puede no cubrir los servicios	<input type="checkbox"/> hasta \$50 <input type="checkbox"/> \$50 a \$100 <input type="checkbox"/> \$100 a \$200 <input type="checkbox"/> \$200 a \$300 <input type="checkbox"/> Más de \$300

LO QUE NECESITA HACER AHORA:

•Lea este aviso, por lo que puede hacer una decisión informada sobre su atención.

•Pregúntenos cualquier duda que puedas tener después de terminar la lectura

•Elija una opción debajo acerca de si desea recibir la **(D) artículo/artículos** mencionados.

- o **Nota:** Si eliges la opción 1 o 2, podemos ayudarle con cualquier otro seguro que pueda tener, pero Medicare no nos obligan a ello.

<p>(G) opciones: Marque sólo una casilla. No podemos elegir una caja para usted.</p> <p><input type="checkbox"/> opción 1. Quiero (D) artículo/artículos mencionados. Usted puede pedir ser pagado ahora, pero también quiero una factura por una decisión oficial en el pago, que se envía a mí en un aviso de Resumen de Medicare (MSN) de Medicare. Entiendo que si Medicare no paga, yo soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare, siguiendo las indicaciones en el MSN si Medicare paga, reembolsará los pagos que hice a usted, menos los copagos o deducibles.</p> <p><input type="checkbox"/> opción 2. Quiere el (D) artículo/artículos enumerados anteriormente, pero no facturar a Medicare. Usted puede pedir ser pagado ahora como yo soy responsable del pago. No puedo apelar si Medicare no se factura.</p> <p><input type="checkbox"/> opción 3. No quiero (D) artículo/artículos mencionados. Entiendo que con esta opción que estoy no responsable del pago, y no puedo recurso a ver si Medicare pagaría.</p>
--

(H) recibirá:

Este aviso da nuestra opinión, no una decisión oficial de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre este aviso o facturación de Medicare, llame a **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227 /TTY: 1-877-486-2048).

Firma abajo significa que usted ha recibido y entendido este aviso. También recibirá una copia.

(I) firma:	(J) fecha:
-------------------	-------------------

Según la ley de reducción de papeleo de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que muestra un número de control válido de OMB. El número de control OMB válido para esta colección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta colección de información se estima en promedio 7 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la colección de información. Si usted tiene comentarios acerca de la exactitud de la estimación del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escribir a: CM, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA informes despacho oficial, Baltimore, Maryland 21244-1850. Formulario CMS-R-131 (03/08) aprobado OMB no. 0938-0566