

REGISTRATION FORM

PLEASE PRINT

PATIENT INFORMATION

Patient's last name (*Apellido*): _____ First (*Nombre*): _____

DATE:

Middle Sex: M F

Age (*Edad*): _____

Birth date (*Fecha de Nac.*): / / Social Security No: _____

Drivers License # _____

Home phone (*Telefono*): () Cell (*Celular*): ()

Email (*Correo electronico*): _____

Street Address (*Direccion*): _____

Apt. # _____

City (*Ciudad*): _____

State (*Estado*): Zip Code: _____

Employer (*Empleador*): _____

Employer phone
(*Telefono Trab.*) ()

Employer Address (*Direccion de Empleador*): _____

Referred by (*Referido por*) Dr. Name _____

Dr. Phone (*Telefono Del Dr.*) # _____

Other family members seen here:

(*Otros miembros de la familia vistos aqui*): _____

INSURANCE INFORMATION IS THIS PERSON COVERED BY INSURANCE? YES NO

Primary Doctor Name (*Doctor primario*): _____ Phone no. (*Telefono*) () Fax no. (*Telefono de fax*) ()

Person responsible for bill:
(*Persona responsable de cuenta*): _____

SS# _____
 Birth Date
(*Fecha de Nac.*):
 / /

Phone:
(*Telefono*): _____

Address if different from above
(*Direccion diferente de arriba*): _____

Occupation (*Ocupacion*): _____

Employer (*Empleador*): _____

Employer address (*Direccion del Empleador*): _____

Employer phone
(*Telefono Trab.*): ()

Primary Insurance
(*Seguro del primario*): _____

Policy (*Numero de politica*) # _____

Group (*Agrupe numero*) # _____

Birth date (*Fecha de Nac.*):
 / /

Subscriber's name (*Nombre de suscriptor*): _____

Subscriber's S.S. no.:
(*Numero S.S. del suscriptor*): _____

Patient's relationship to
subscriber:
(*Relacion del paciente al suscriptor*): _____

Self Spouse Child Other

Co Payment \$ _____

Name of secondary insurance
(*El nombre de seguro secundario*): _____

Subscriber's name:
(*Nombre de suscriptor*): _____

Policy (*Numero de politica*) # _____

Patient's relationship to subscriber:
(*Relacion del paciente al suscriptor*): _____

Self Spouse Child Other

Group (*Agrupe numero*): # _____

IN CASE OF EMERGENCY

Name (*Contacto de emergencia*): _____

Relationship (*Relacion*): _____

Home Phone (*Telefono de casa*) _____
 Work Phone (*Telefono Trab.*) _____

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize [Name of Practice] or insurance company to release any information required processing my claims.

Patient/Guardian signature _____

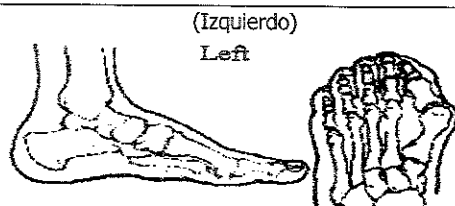
(*El paciente / Firma de guardian*)

Date: _____

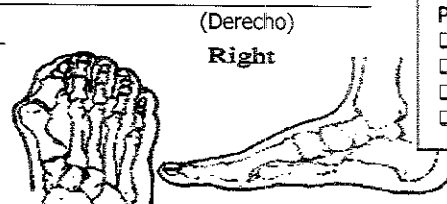
(*Fecha*)

CURRENT PROBLEMS LIST:
(*Lista de los problemas actuales*): _____

LENGTH OF TIME
FOR CURRENT
PROBLEM: _____
 DAYS
 WEEKS
 MONTHS
 YEARS



Please use circles and
arrows to indicate
painful, injured or
problem area(s)





PAST MEDICAL HISTORY

Patient Name: _____

(Nombre del Paciente)

Current Medications List:

(Actual lista de medicamentos)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Are you currently taking any of the following?

(¿Está tomando alguna de las siguientes?)

- Echinacea Garlic Ginger Gingko Biloba St. John's Wort Ginseng Kava kava
 Feverfew Ephedra

Allergies:

(Alergias)

- Penicillin Sulfa drugs Aspirin Codeine Iodine/shellfish Tape

- Local anesthetics General anesthetics Latex

- Other antibiotics Non-steroidal medications Other pain medications
(Otros antibióticos) (Medicamentos sin esteroides) (Otros medicamentos para el dolor)

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medication allergies (Alergias a los medicamentos): _____

Food allergies (Alergias alimentaria): _____

Environmental allergies (Alergias ambientales): _____

Previous Injuries:
(Lesiones anteriores)

Previous Surgeries:
(Cirugías previas)

Previous Hospitalizations:
(Hospitalizaciones previas)

Patient Signature: _____

(Firma del paciente)

Date: _____

(Fecha)



DANIEL BELL D.P.M.P.A
Foot and Ankle Surgery

ENFERMEDADES

NOMBRE: _____

ENFERMEDAD:

- Diabetes
- Hipertensión
- Angina de pecho
- Ataque al corazón
- Arrhythmia
- Murmur
- Stroke
- Dolor de pecho

HEENT:

- Dolores de cabeza
- Problema del ojo
- Problemas de audición

RESPIRATORIO:

- Asthma
- Bronchitis
- Frecuentes enfermedad
- Enfermedad pulmonar
- Falta de aliento
- Tuberculosis
- Emphysema

ARTRITIS:

- Osteoarthritis
- Rheumatoid
- Gout
- Sero-negative

VASCULAR:

- Anemia
- Sickle Cell
- Trastornos de sangrado
- Malas condiciones
- Noche Calambres
- El dolor de la pierna al caminar
- Problemas en las venas
- Arañitas
- Venas varicosas
- Hinchazón Flebitis
- Ulceraciones de la pierna
- Los coágulos de sangre
- Transfusiones

MISCELÁNEO:

- Epilepsia
- Enfermedad de la tiroides
- Enfermedad del Músculo
- Problemas de los riñones
- Problemas de la vejiga
- Problemas de la próstata
- Enfermedades venéreas
- Enfermedades de la Piel
- Historia de Cancer
- Hepatitis

PSICOLOGICO:

- Ansiedad
- Depression
- Psiquiátricos
- Farmacodependencia
- Dependencia alcohol

OTRAS ENFERMEDADES: _____

GASTRONINTESTINAL:

- Ulceras
- Problemas de estómago
- Hiatal Hernia
- Trastornos intestinales
- GI or Rectal Bleeding
- Acid Reflux (GERD)

HISTORIA SOCIAL:

Ocupación: _____ Single Married
Alcohol: _____ oz/day/week
Actividades deportivas: _____ Tobacco: _____ pks/d for _ yrs

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

Firma de Responsable _____ **Fecha** _____



DANIEL BELL DPM, PA
FOOT and ANKLE SURGERY

FORMA PACIENTE DEL CONSENTIMIENTO

Yo, el infrascrito, consiente por este medio al siguiente:

- Administración y funcionamiento de todos los tratamientos
- Administración de cualesquieres anestésicos necesarios
- Funcionamiento de los procedimientos tales como puede ser juzgado necesario o recomendable en el tratamiento de este paciente
- Uso de la medicación prescrita
- Funcionamiento de procedimientos de diagnóstico como puede ser juzgado necesario o recomendable en el tratamiento de este paciente
- Uso de la medicación prescrita
- Funcionamiento de procedimientos de diagnóstico/de pruebas
- El tomar y utilización de culturas
- Funcionamiento de otros pruebas de laboratorio médicamente aceptados que se pueden considerar médicamente necesarios o recomendable basados en

Juicio del médico que atiende o de sus designees asignados

Entiendo completamente que esto está dada antes de cualquier diagnosis o tratamiento específica.

Pienso este consentimiento para continuar en naturaleza incluso después se haya hecho una diagnosis específica y se ha recomendado el tratamiento. El consentimiento seguirá siendo por completo fuerza hasta revocado en la escritura.

yo, el infrascrito, autoriza a ese Daniel Bell; D.P.M. utilizará y divulgará mi información para los propósitos de las operaciones del tratamiento, del pago y del healthcare.

El tratamiento incluye pero no se limita: la administración y el funcionamiento de todos los tratamientos, la administración de cualesquieres anestésicos necesarios, el uso de la medicación prescrita; el funcionamiento de tal anuncio de los procedimientos mi se juzgue necesario o recomendable en el el tratamiento de este paciente, tal como procedimientos de diagnóstico, tomar y utilización de culturas y de otros pruebas de laboratorio médicamente aceptados, que el juicio del médico que atiende o de sus designees asignados, se puede considerar médicamente necesarios o recomendables.

El pago incluye pero no se limita: la autorización del pago directamente a: Daniel Bell, D.P.M. de las ventajas de otra manera pagaderas a mí. Autorizo por este medio el lanzamiento de mis expedientes médicos a los aseguradores de los terceros o las personas autorizadas a quienes el acceso es necesario establecer o recoger un honorario para los servicios proporcionados, por ejemplo los servicios de la facturación y de la colección, pagadores del seguro, aseguradores auto del accidente, o para lesión relacionada trabajo, a mi patrón o designee entienden que soy financieramente responsable de las cargas no cubiertas. Entiendo que los expedientes pacientes se pueden almacenar electrónicamente y las redes de ordenadores directas disponibles hechas.

Las operaciones de Healthcare incluyen pero no se limitan: lanzamiento de mi información médica a cualesquiera de mis médicos y sus oficinas o compañías de seguros que participan en mi cuidado o tratamiento y la calidad de ese cuidado.

Entiendo completamente que esto está dada antes de cualquier diagnosis o tratamiento específica. Pienso este consentimiento para continuar en naturaleza incluso después se haya hecho una diagnosis específica y se ha recomendado el tratamiento. El consentimiento seguirá siendo por completo fuerza hasta revocado en la escritura. Este consentimiento incluye específicamente el lanzamiento de la información médica referente condiciones droga-relacionadas, alcoholismo, condiciones psicologicas, condiciones psiquiátricas, y/o enfermedades infecciosas que incluyen pero a enfermedades sangre-llevadas no limitadas.

Una fotocopia de este consentimiento será considerada tan válida como la original.

Si hay una exposición, y la prueba del paciente es positiva, el médico que atiende notificará a paciente, cualquier persona expuesta, y el departamento de la salud de Broward y apropiarse del asesoramiento será ofrecido.

PACIENTES DE SEGURO DE ENFERMEDAD; AUTORIZO PARA LANZAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE MÍ a la administración de Seguridad Social o sus intermediarios para mis demandas de Seguro de enfermedad. Asigno las ventajas pagaderas para los servicios a Daniel Bell, D.P.M.

Reconozco que me han dado a Dr. Aviso de Bell de las prácticas de la aislamiento. Entiendo eso si tengo preguntas o quejas que debo entrar en contacto con al funcionario de la aislamiento. Inicial del paciente: _____

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones antedichas y consiento completamente y voluntariamente a su contenido.

Partido paciente (o responsable) firma

Fecha



DANIEL BELL DPM, PA
FOOT and ANKLE SURGERY

RECONOCIMIENTO PACIENTE

NOMBRE PACIENTE: _____ **DATE DEL NACIMIENTO:** _____

He recibido el aviso de esta práctica de las prácticas de la aislamiento escritas en lengua llana. El aviso proporciona detalladamente las aplicaciones y los accesos de mi información protegida de la salud que se pueden hacer por esta práctica, las mis derechas individuales y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información protegida de la salud. El aviso incluye:

- A declaración que esta práctica es requerida por la ley de mantener la aislamiento de información protegida de la salud.
- A declaración que esta práctica es requerida de habitar por los términos del aviso actualmente en efecto.
- Tipos de aplicaciones y de los accesos que esta práctica se permite de hacer para cada uno de los propósitos siguientes: tratamiento, pago y operaciones del cuidado médico.
- A descripción de cada uno de los otros propósitos para los cuales esta práctica está permitido o requerido para utilizar o para divulgar protegido la información de la salud sin mi consentimiento o autorización escrito.
- A descripción de aplicaciones y accesos se prohíben que o materialmente limitado por la ley.
- A descripción de otra aplicaciones y accesos que serán hechos solamente con mi la autorización escrita y ésa pueden revocar tal autorización.
- Mi las derechas individuales con respecto a la información protegida de la salud y a un escrito descripción en lo referente de cómo puedo ejercitar las estas derechas:
 - La derecha de quejarse a esta práctica y a la secretaria de HHS si creo mi aislamiento se ha violado la derecha, y eso ningunas acciones vengativas será utilizada contra mí en caso de tal queja.
 - La derecha de solicitar restricciones en ciertos aplicaciones y accesos de mi información protegida de la salud y que esta práctica no está requerida de convenir una restricción solicitada.
 - La derecha de recibir comunicaciones confidenciales de la información protegida de la salud.
 - La derecha de examinar e información contra reproducciones de la salud.
 - La derecha de enmendar la información protegida de la salud.
 - La derecha de recibir una contabilidad de accesos de la información protegida de la salud.
 - La derecha de obtener una copia de papel del aviso de las prácticas de la aislamiento de esta práctica a petición.

Esta práctica reserva el cambio derecho del tot los términos de su aviso de las prácticas de la aislamiento y hacer nuevas provisiones eficaces para toda la información protegida de la salud que sea mantiene. Entiendo que puedo obtener el aviso actual de esta práctica de las prácticas de la aislamiento a petición.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al paciente (si es firmado por un representante personal del paciente):

601 E. Sample Road, Suite 101
Pompano Beach, FL 33064
(954) 942-5005
(954) 432-9446 fax

601 N. Flamingo Road, Suite 208
Pembroke Pines, FL 33028
(954) 942-5005
(954) 432-9446 fax



FIRMA POR FAVOR ABAJO.

Nosotros en el Dr. La oficina de Bell está confiada a proveer de usted el cuidado mejor. Si usted tiene seguro médico, somos impacientes ayudarle a recibir sus ventajas máximas permitidas. Para alcanzar estas metas, necesitamos su ayuda, y su comprensión de nuestra política del pago.

El pago para los servicios es debido cuando se rinden los servicios. Si usted tiene no hay seguro o su seguro inválido la fecha del servicio que usted es personalmente responsable de cualesquiera y de todos los honorarios. Aceptamos el pago bajo la forma de efectivo, cheque, Mastercard, o visa. Nos placeremos ayudarle a procesar su demanda de seguro en cada visita.

Usted debe realizar, sin embargo que cualquier co-pago requerido por su compañía de seguros debe ser pagado a la hora de servicio. Porque esto es un requisito del seguro, no podemos mandarle la cuenta para éstos.

1. El seguro es un contrato en medio **USTED** y su **COMPAÑÍA DE SEGUROS**. Si nos contraen con su seguro compañía, debemos seguir nuestro contrato y sus requisitos. Si usted tiene co-pague o deducible, usted debe pagar eso a la hora de servicio. Es la compañía de seguros que hace la determinación final de su elegibilidad. Si su compañía de seguros requiere una remisión y/o preauthorization, usted es responsable de obtenerlo. Falta de obtener la remisión y/o el preauthorization pueden resultar en un pago más bajo o no el pago/la negación de la compañía y del usted de seguros estará personalmente responsable de cualesquieres cargas sin pagar. Sus estados de la **COMPAÑÍA de SEGUROS: Ventajas se basan en la información disponible en este tiempo y están conforme a cobertura en efecto la fecha del servicio. Ésta no es una garantía de pago. El no pago de premios y de otras limitaciones contractuales puede resultado en la negación de ventajas o de reembolsos.**
2. Nuestra de los honorarios caída generalmente dentro del aceptable extiéndase por la mayoría de las compañías de seguros, y por lo tanto se cubren hasta permiso máximo determinado por cada portador. Esto se aplica solamente a compañías que pagan un porcentaje (tal como 50% o 80%) de U.C.R. "U.C.R." se define como honorarios generalmente, acostumbrados y razonables para esta región. Así, nuestros honorarios se consideran generalmente, acostumbrados y razonables cerca más compañías. Esto no se aplica a las compañías que reembolsan basado en "horario arbitrario" de honorarios, que no lleva ninguna relación a la corriente estándar de honorarios y coste de cuidado en esta área.
3. **No todos los servicios son una ventaja cubierta en todos los contratos.** Un cierto seguro las compañías rechazan arbitrariamente cubrir ciertos servicios. Tenemos no controle sobre esto.
4. **PACIENTES DE SEGURO DE ENFERMEDAD:** Le quisiéramos a entienda eso que toma **ASIGNACIÓN** significa eso **USTED** sea responsable de **ANUALMENTE DEDUCIBLE DE \$135.00** y para el **20% (CO SEGURO)** de qué Seguro de enfermedad permite. **USTED** es también responsable de servicios que su co-insurance no cubre. **Si su co-insurance no paga esta cantidad, USTED son responsable de ella.**

-Desemejante de algunas oficinas, **LIMADURA DE LAS DEMANDAS DE SEGURO** es a **CORTESÍA** que hemos extendido siempre a nuestros pacientes. Sin embargo, todas las cargas son **SU** responsabilidad, **NO** su compañía de seguros' S. Haremos nuestro **EL MEJOR ESFUERZO** para recoger de, pero si, a pesar de nuestros mejores esfuerzos, si no somos **ACERTADOS**, **USTED** sea responsable del equilibrio sin pagar.

-Realizamos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. No quisiéramos que ninguna problemas financiera consiguieran de la manera de nuestra buena relación con usted. Si se presentan tales problemas, le animamos a que nos entre en contacto con puntualmente para la ayuda en la gerencia de su cuenta.

-Si usted tiene un equilibrio en su cuenta, le enviaremos las cargas de una demostración de la declaración mensual y cualquier pago o crédito aplicados a su cuenta. A menos que otros arreglos sean aprobados por nosotros en la escritura, el equilibrio en su declaración es debido y pagadero cuando se publica la declaración, y es atrasado si no pagado antes de fin de mes.

-Si usted tiene cualesquiera preguntas sobre la información antedicha o cualquier incertidumbre con respecto a cobertura de seguro, **POR FAVOR** no vacile preguntarnos. **REALMENTE ESTAMOS AQUÍ AYUDARLE.**

-Autorizo el pago de **VENTAJAS MÉDICAS** me haga en mi favor al Dr. Daniel Bell, porque cualquier servicio equiparon a mí. Autorizo el lanzamiento de cualquier información médica llevada a cabo por el Dr. Daniel Bell a la administración del financiamiento del cuidado médico y a sus agentes, procesar mis demandas.

La política financiera continúa en el lado trasero de esta página.

Por favor impresión: Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Partido responsable si no el paciente

Su firma

Fecha



DANIEL BELL DPM, PA
FOOT and ANKLE SURGERY

**EL GOBIERNO PÁRRAFOS FEDERALES SU PRO
ES NECESARIO POR**

AUTORIZO UN LA OFICINA DE DANIEL BELL DPM PÁRRAFOS DEJAR LA O.N.U MENSAJE O CORREO DE VOZ, EN RESPECTO A MI TRATAMIENTO, CITA, O CIRUGIA QUE DE TELEFONO O TELEFONO CELULAR

NO AUTORIZO LA OFICINA DE DANIEL BELL DPM A LA LICENCIA UN CORREO DEL MENSAJE O DE VOZ EN MI MÁQUINA DE ANSERING, TELÉFONO O TELÉFONO DE LA CÉLULA EN RESPETO A MI TRATAMIENTO, CITA, O CIRUGÍA QUE DEBA PROGRAMAR.

AUTORIZO A PERSONAL DE DANIEL BELL DPM A DISCUTIR MI TRATAMIENTO, CITA O CIRUGÍA QUE DEBAN PROGRAMAR CON EL SIGUIENTE:

NOMBRE:

RELACIÓN:

HE RECIBIDO HOY LA CUENTA DE LOS PACIENTES DE LA FLORIDA DE LAS DERECHAS Y DE LAS RESPONSABILIDADES.

FIRMA PACIENTE

FECHA

601 E. Sample Road
Suite 101
Pompano Beach, FL 33064
(954) 942-5005
(954) 432-9446 fax

601 N. Flamingo Road
Suite 208
Pembroke Pines, FL 33028
(954) 942-5005
(954) 432-9446 fax

Notifier(s):

Patient Name:

Identification Number:

ADVANCE BENEFICIARY NOTICE OF NONCOVERAGE (ABN)

NOTE: If Medicare doesn't pay for items checked or listed in the box below, you may have to pay. Medicare does not pay for everything, even some care that you or your health care provider have good reason to think you need. We expect Medicare may not pay for the items listed or checked in the box below.

Listed or Checked Items Only:			
Reason Medicare May Not Pay:			
Estimated Cost:			

WHAT YOU NEED TO DO NOW:

- Read this notice, so you can make an informed decision about your care.
- Ask us any questions that you may have after you finish reading.
- Choose an option below about whether to receive the checked items listed in the first box above.

Note: If you choose Option 1 or 2, we may help you to use any other insurance that you might have, but Medicare cannot require us to do this.

Options: Check only one box. We cannot choose a box for you.

- OPTION 1.** I want the _____ listed above. You may ask to be paid now, but I also want Medicare billed for an official decision on payment, which is sent to me on a Medicare Summary Notice (MSN). I understand that if Medicare doesn't pay, I am responsible for payment, but **I can appeal to Medicare** by following the directions on the MSN. If Medicare does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.
- OPTION 2.** I want the _____ listed above, but do not bill Medicare. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. **I cannot appeal if Medicare is not billed.**
- OPTION 3.** I don't want the _____ listed above. I understand with this choice I am **not responsible for payment**, and I cannot appeal to see if Medicare would pay.

Additional Information:

This notice gives our opinion, not an official Medicare decision. If you have other questions on this notice or Medicare billing, call **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Signing below means that you have received and understand this notice. You also receive a copy.

Signature:	Date:
-------------------	--------------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.