

# AnkleNFootCenter.com & Ankle and Foot Center of Elmhurst

George Tsatsos, D.P.M., F.A.A.F.S., F.A.C.F.O.

Elizabeth Kurtz, DPM

401 N. York Rd., Elmhurst, IL 60126 (630) 530-5757 § 2220 W. Belmont Ave., Chicago, IL 60618 (773) 348-7500

## ¡Bienvenido a nuestra práctica!

Gracias por haber nos escogido para servirle con nuestros servicios podiatricos. Le damos la bienvenida y esperamos que este grandemente satisfecho/a con nuestro servicios. En la parte de abajo hay una descripción detallada de nuestras pólizas financieras- **debería retener esta copia para su recordé.** Si por alguna razón tiene preguntas por favor no se deleite en comunicarse con alguien en la oficina del frente.

### 1. Por favor de notificarnos por lo menos de 24 horas para cancelar una Cita.

Un cobro de \$25 se le agregara a su cuenta para esa fecha si no hay notificación.

### 2. Por favor informen a nuestra oficina de cualquier cambio de su información medico y personal. Incluyendo:

- Dirección y/o número de teléfono.
- Información de seguro medico.
- Cambios/Adiciones en medicamentos
- Reacciones alérgicas a medicinas o comida
- Cualquier nuevo síntoma que este sintiendo

### 3. Nuestra oficina requiere una copia de su tarjeta de seguro medico y una copia de identificación, por Ej.: licencia de conducir del estado, identificación del estado o otro tipo de identificación federal asignado por su país.

### 4. Conozca el Plan de su seguro Medico.

Como una cortesía al paciente nuestra oficina verifica los beneficios de su seguro medico antes de su cita, si se nos hace posible y tratamos nuestro mejor para mantenerlos al tanto de sus beneficios. Pero de toda manera estén al tanto que la compañía de seguro dice que **“la cuota de beneficios no es una garantía de pago.”** De esa manera no pueden hacer la oficina responsable por cualquier mal información que nos han dado su compañía de seguro. **De cualquier manera es su responsabilidad de conocer sus beneficios y pagar los balances indicadas por su compañía de seguro.**

### 5. Archivar los reclamos del seguro y pagos

- Como cortesía, nuestra oficina archiva los reclamos de su seguro medico pero si la compañía de seguro retiene un pago por cualquier razon (ej si lo niegan, suspenden o esta pendiente para mas información del asegurado/dependiente) pago completo se espera del asegurado entre 30 días de la primera declaración y/o 60 días de el día de servicio.
- Acceptamos asignaciones de los reclamos de Medicare parte B**  
Esto indica que los participantes de Medicare son responsables de:
  - El deducible anual de \$200.00
  - El 20% que no cubre Medicare después que Medicare pagué el 80%
  - Servicios que no cubre Medicare (se nos requiere someter todos los reclamos a Medicare por los servicios rendidos pagados o no por el paciente)

### 6. Balances de Cuentas

- Pago de co-pagos, los servicios no cubiertos previamente resueltos o los servicios rindieron a un paciente de los no-asegurados se espera cuando se rinden los servicios.**
- Pagos pueden ser hechos a nuestra oficina con una valida tarjeta de visa, Mastercard, American express, Discover card, la orden de dinero, el cheque del cajero, en efectivo o un cheque local con a licencia de conductor de Illinois o tarjeta de identificación actual del estado. **Un honorario de \$25.00 serán determinados para cualquier cheque devuelto.**
- Plan de pagos están disponibles con una tarjeta valida de Visa, Mastercard, American Express o Discover. Si usted no tiene una tarjeta de crédito los cheques con una fecha fija para el futuro se aceptan para ser depositados mensualmente hasta que la cuenta esta pagada.
- Para los pacientes con deducibles de \$300 o más, por la compañía de seguros medico:**
  - Requeriremos un plan del pago con una tarjeta de crédito. Si la cuenta no esta pagada en el plazo de 21 días de la primera declaración, la cantidad será cobrada a la cuenta de la tarjeta de crédito.
  - Si usted no tiene una tarjeta de crédito, un depósito de 50% de la cuenta total para ese día será determinado y será debida cada visita hasta el deducible ha sido satisfecho.
- Declaraciones de su cuenta son enviados de nuestra oficina mensualmente y un pago se espera cuando reciban la declaración.
- Su cuenta será considerada atrasada después de 21 días de la primera declaración y/o 45 días después de la fecha de servicio y delincuente después de 60 días. **El incumplimiento a responder a sus declaraciones resultara en que se mande su cuenta a una agencia de colección y/o un abogado en cual usted será responsable por todas las tarifas del abogado, corte y de la agencia de colección asociada con la cuenta pendiente y con la posibilidad de dañar su crédito personal.**
- Cargos de interés serán agregados a las cuentas atrasadas de los pacientes después de 45 días y seran mandadas a una agencia de colección.
- Las circunstancias justificadas se deben traer a nuestra atención para evitar inmediato procedimientos de la colección.

### 7. Copias del expediente medico y/o radiografías

- Copias de su expediente medico y radiografías son disponible por una tarifa baja para cubrir el material y tiempo usado para preparar. Se toma al menos 48 horas a una semana para que las copias estén listas.
- Copias de radiografías: \$10 para la primera placa y \$5 por cada placa adicional.
- Copias del expediente: \$10 de proceso mas \$0.75 por las primeras 25 paginas, \$0.50 por las próximas 25 paginas, y \$0.25 después de la 50 pagina.

## **RESUMEN DE LA NOTIFICACION SOBRE PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD**

**El presente resumen tiene por objeto facilitar la comprensión de la Notificación sobre Practicas de Confidencialidad adjunta.**

La Notificación sobre Practicas de confidencialidad que se adjunta contiene una descripción detallada de la forma en que nuestra clínica protege la información sobre la salud del paciente, los derechos del paciente, y nuestras practicas habituales en el manejo de la información sobre la salud de la información sobre la salud de los pacientes. Por mayor información consultar dicha Notificación.

**Uso y divulgación de información sobre la salud.** Nuestra Clínica usara y data a conocer información sobre la salud de un paciente a los efectos de su tratamiento o a los efectos de colaborar con otras entidades de atención medica en su tratamiento. También se usara y dará a conocer información sobre la salud del paciente a los efectos de obtener el pago de nuestros servicios o de permitir que las compañías de seguros procesen cualquier reclamo por servicios que le hayan sido prestados al paciente por nosotros o por otras entidades. Por ultimo, es posible que se de a conocer información sobre la salud del paciente a ciertas actividades operativas limitadas tales como evaluación de la calidad, otorgamiento de habilitaciones y acreditaciones, y la formación de estudiantes.

**Uso y divulgación con autorización del paciente.** Salvo según se establece en mayor detalle en la Notificación sobre Practicas de Confidencialidad, la Clínica no usara ni dará a conocer información sobre la salud del paciente si no cuenta con su autorización por escrito.

**Casos de uso y divulgación para los que no se requiere autorización del paciente.** En los siguientes casos, la Clínica podrá dar a conocer información sobre la salud del paciente sin contar con su autorización por escrito.

- A familiares o amigos cercanos que participen en la atención de sus salud
- Con ciertos fines de investigación limitados
- Con fines vinculados a la salud y la seguridad publicas
- A entidades del gobierno a los efectos de sus auditorias, investigaciones y demás actividades de supervisión y control
- A autoridades del gobierno a los efectos de impedir el maltrato infantil o la violencia domestica
- A la FDA (Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos) a los efectos de denunciar defectos o incidentes vinculados a productos
- A autoridades del orden publico para proteger la seguridad publica o colaborar en la detención de criminales
- Cuando lo requieran dictámenes, ordenes de cateo citaciones u otras resoluciones de los tribunales

**Derechos del paciente.** Los pacientes de nuestra Clínica gozan de los siguientes derechos:

- Acceder a la información sobre su salud para examinarla y/o copiarla
- Recibir informes sobre los casos en que la Clínica haya dado a conocer información sobre su salud
- Solicitar restricciones acerca de la forma en que se usa y da a conocer información sobre su salud
- Solicitar que la Clínica se comunique con el paciente de forma confidencial
- Solicitar que la Clínica modifique la información sobre su salud
- Recibir notificación de nuestras practicas de confidencialidad

Para los casos de consultas, preocupaciones o quejas acerca de nuestras practicas en materia de confidencialidad, en la Notificación sobre Practicas de Confidencialidad adjunta se incluye el nombre de la o las personas a las que pueden dirigirse.

Nombre de la persona encargada de la información confidencial: Ricardo Montano

Nombre de contacto Español: Ricardo Montano

Número de Teléfono: 630-530-5757

Dirección de la Clínica: 401 N. York Rd.  
Elmhurst, IL 60126

**AnkleNFootCenter.com & Ankle and Foot Center of Elmhurst**

**George Tsatsos, D.P.M., F.A.A.F.S., F.A.C.F.O.**

**Elizabeth Kurtz, DPM**

401 N. York Rd., Elmhurst, IL 60126 (630) 530-5757 § 2220 W. Belmont Ave., Chicago, IL 60618 (773) 348-7500

**Información del Paciente:**

Expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ M. \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Num. De Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Status Marital: Casado/a \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_\_ Menor \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Num. De Tel.: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (apunte uno)

Nombre de guardián (si menor): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Num. de Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Puede hablar con las siguiente persona(s) a referencia de mi tratamiento (apunte nombre y relación): Solamente conmigo \_\_\_\_\_

Contacto en caso de Emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Num. De Tele: \_\_\_\_\_

Tipo de referencia (¿como escucho de nosotros?): \_\_\_\_\_ Pagina amarilla #: \_\_\_\_\_

Emplo: Full Time \_\_\_\_\_ Part Time \_\_\_\_\_ Jubilado \_\_\_\_\_ Auto-empleado \_\_\_\_\_ desempleado \_\_\_\_\_ FT Estudiante \_\_\_\_\_ PT Estudiante \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_ Num. De Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO** ¿Compensación laboral?: Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Por favor de llenar información del asegurado solamente si el paciente **NO** es el asegurado

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nom. de asegurado: \_\_\_\_\_ Relación a asegurado: Yo \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ hijo/a \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Seguro Social de asegurado #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Empresario: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empresario: \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_

Nombre de seguro secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al asegurado: Yo \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ hijo/a \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Seguro Social de asegurado #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Empresario: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empresario: \_\_\_\_\_

Dirección de Empresario: \_\_\_\_\_

**Mi firma hace valida toda la información y autoriza que estoy de acuerdo de lo siguiente:**

Yo autorizo al doctor dar la información necesaria de mi expediente medico a las compañías de seguro medico requerido para procesar mis reclamos o de los servicios rendidos a mi o/a mi dependiente.

Mi firma actúa como un asigno directo de mis derechos y beneficios bajo mi póliza de seguro y permite pagar directamente al Dr. Tsatsos o/a sus socios cualquier o todos los beneficios de el seguro medico o gobierno.

Yo/nosotros no tengo/tenemos otro seguro medico aparte de lo que esta indicado. Con todo el respeto pido que la compañía de mi seguro medico procese todos los reclamos que esta pendiente por mi información.

He recibido una copia de la póliza financiera de Ankle & Foot Center y comprendo mis obligaciones financieras que incluye mi responsabilidad de pagar los co-pagos, deducibles, co-seguros and todos los servicios no cubiertos para mi o mi dependiente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/asegurado/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AnkleNFootCenter.com & Ankle and Foot Center of Elmhurst**

**George Tsatsos, D.P.M., F.A.A.F.S., F.A.C.F.O.**

**Elizabeth Kurtz, DPM**

401 N. York Rd., Elmhurst, IL 60126 (630) 530-5757 § 2220 W. Belmont Ave., Chicago, IL 60618 (773) 348-7500

**INFORMACION MÉDICA/ HISTORIAL: Nom. Del Paciente:** \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_

1. Queja primaria del pie: \_\_\_\_\_

2. Principio de sus síntomas: \_\_\_\_\_ Relacionado a un accidente?: Si / No

3. Cual es su: Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Calzado \_\_\_\_\_

4. Mujeres: ¿Usa Tacones? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas pulgadas? \_\_\_\_\_

5. ¿En los últimos dos años esta o ha estado debajo del cuidado de un doctor? Si \_\_\_ No \_\_\_

Y, Si por cual razón(es): \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Doctor: \_\_\_\_\_

6. Apunte todos los medicamentos **con dosis** que este tomando(incluyendo suplementos de salud/comida): \_\_\_\_\_

7. ¿Usted, alguna vez ha tenido efectos o reacciones alérgicas a las medicinas siguientes? No tengo alergias a mi conocimiento \_\_\_

Novacaína \_\_\_ Codeína \_\_\_ Penicilina \_\_\_ Otras medicinas o comida \_\_\_\_\_

8. ¿Usted esta sujeto a sangrar por un tiempo prolongado? Si \_\_\_ No \_\_\_

9. Describa su estado de salud: Excelente \_\_\_ Bueno \_\_\_ Mas o Menos \_\_\_ Mal \_\_\_

10. ¿Usted o alguien en su familia cercana sufre de lo siguiente (Abuelos, padres y hermanos)?

	<u>Yo</u>	<u>Familia (Quien)</u>	<u>N/A</u>		<u>Yo</u>	<u>Familia (Quien)</u>	<u>N/A</u>
Condiciones de							
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Problemas del							
Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Problemas de los							
Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	Otro: _____			

11. Describa todas las enfermedades, heridas, o cirugías serias que ha tenido (por favor de incluir fechas): \_\_\_\_\_

12. ¿Usted fuma o ha fumado en el pasado? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

¿Si dejo de fumar, cuando y por cuanto tiempo fumo? \_\_\_\_\_

**Mi firma hace valida toda la información y autoriza que estoy de acuerdo de lo siguiente:**

Yo le doy permiso al Dr. George Tsatsos y/o sus asociados para administrar tratamiento; y/o procedimientos operativos menores como sea necesario para el tratamiento de la diagnosis de mi (s) pie (s) o tobillo (s).

He recibido una copia de la póliza de privacidad de Ankle & Foot Center y como paciente entiendo mis derechos y obligaciones.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Guardián legal** (si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**