

RGV FOOTCARE, P.A.

Apellido: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo

Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Numero Social: _____ - _____ - _____

Numero de Telefono: _____

Familiar / Numero de telefono: _____ ()

Doctor
Familiar: _____

Farmacia: _____

Como se dio cuenta de nuestra clinica ?- RGV FOOTCARE, P.A.

Radio Periodico Familiar Doctor Directorio

Yo certifico que la informacion es verdadero y correcto en lo mayor de mi conocimiento. Yo doy Mi permiso al doctor y administacion y empliados para performar los procedimientos que sean necesarios en el diagnostico tratamiento de mis pies.

Yo le doy permiso a RGV FOOTCARE, que me localicen para mi proteccion de mi informacion medica, citas, y balances financieros en estos numeros de telefono y direcciones.

Yo tengo el derecho de restringir que mi informacion sea dada, dando saber en escrito.

Firma: _____

Fecha: _____

Familiar Responsible: _____

Fecha: _____

RGV FOOTCARE, P.A.
G. JAVIER CAVAZOS, D.P.M.

SIGNATURE ON FILE

Primary Insurance _____

Policy Number _____ Group Number _____

Secondary Insurance _____

Policy Number _____ Group Number _____

1. I understand that I am financially responsible for all charges for services provided to me, including the balance remaining after payment of possible insurance benefits.
2. I authorize use of this form on all my insurance submissions.
3. I authorize release of information to all my insurance companies.
4. I authorize my doctor to act as my agent in helping me obtain payment from my insurance companies.
5. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original.
6. I authorize payment direct to my doctor.

1. I understand that if there has been no payment from my insurance carrier 45 days from my date of service I am financially responsible for payment of the services rendered to me as a patient of RGV FOOTCARE, P.A.

2. I understand that I may need to participate in the process of having my insurance claim expedited in order to have payment issued to the provider, if my insurance carrier takes longer than the expected time frame. (i.e. placing phone calls/setting up conference calls/ meeting with Insurance clerk)

Name_____ (please print)

Signature_____ Date_____

Authorized Party _____ Relation_____
Date_____

RGV FOOTCARE, P.A.

AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PODRA SER USADA O DADA A CONOCER. Y COMO USTED PODRA ACCESAR A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a otros proveedores de salud con el proposito de proveerlr a usted un cuidado de salud de calidad continua.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a su compania aseguradora con el proposito de recibir pago por proveerle los servicios de cuidado de salud.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a oficiales publicos o agencies de la fuerza de la ley en una investigacion en la cual usted ha sido victima de abuso, o violencia deomestica o criminal.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a otros profesionales de cuidado de salud en el caso de una emergencia de salud.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a organizaciones de salud publica o organizaciones federals e el caso de una enfermedad contagiosa, un dispositivo medico defectivo, o una reaccion negativa a un medicamento o a una comida.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer por razones otras de aquellas que estan delineadads en este aviso.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer solamente despues de recibir su autorizacion por escrito. Usted tiene el derecho de revocar su permiso de dar a conocer su informacion confidencial de cuidado de salud en cualquier momento.
- El personal de este despacho podra recordarle sus citas, opciones o otros servicios de tratamientos que sean de su interes. Los mensajes relacionados a citas de seguimiento se pueden dejar en una maquina de recados o con el individuo que contesta el telefono
- Usted tiene el derecho de restringir el uso y la divulgacion de su informacion confidencial de cuidado de salud a cualquier miembro de su familia, amistades, o a otras personas involucradas de su salud o de pago. Sin embargo, el despacho podra decidir su restriccion por estar en conflicto de proveerle con un cuidao de salud de calidad, o en el evento de una emergencia medica.
- Usted tiene el derecho de recibir comunicacion confidencial sobre el estado de su cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de cualquier parte o todo la informacion en su expediente de salud, por \$.10 centavos por oja o \$10.00 por hora si es neccesario.
- Usted tiene el derecho de pedir un cambio de informacion en su expediente de salud.

- Usted tiene el derecho de saber quien ha obtenido su informacion confidencial de cuidado de salud y saber para que proposito lo pidieron.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de este "Aviso de Privacidad" cuando lo pida.
- Este despacho esta requerido por ley para proteger la privacidad de sus pacientes.
- Este despacho actuara de acuerdo a lo previsto en este "Aviso de Privacidad". Nosotros tenemos derechos de hacer cambios a este aviso siempre y cuando mantengamos la privacidad de toda informacion de cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de quejarse conel Oficial de Privacidad de este despacho y a la Secrertaria de Salud y Derechos Humanos, si usted cree que sus derechos a privacidad han sido previamente violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, favor de dirigir sus quejas a ATTN: Privacy Officer RGV FOOTCARE, P.A. 1401 E. Ridge Road Suite "E", McAllen, Texas 78503.
- Cada queja sera investigada. Este despacho no tomara represalia alguna por las quejas presentadas por usted.
- Para mas informacion sobre este "Aviso de Privacidad" favor de contactar al Oficial de Privacidad: (956)618-2970.

Este aviso toma efecto de dia 14 de Abril, 2003.

**RGV FOOTCARE, P.A.
G. JAVIER CAVAZOS, D.P.M.**

RECONAZIMIENTO DE SU "AVISO DE PRIVACIDAD"

Yo reconozco que son mis derechos para leer y entender los usos de mi informacion confidencial de cuidado de salud delineados en el " AVISO DE PRIVACIDAD"

Nombre

Fecha

Firma

Representante Autorizado del paciente

- Paciente tomo una copia de "AVISO DE PRIVACIDAD"
- **Paciente no se llevo su copia de "AVISO DE PRIVACIDAD"**