



PATIENT INFORMATION

Phone: 954-721-3411  
954-597-7060  
Fax: 954-721-3772

Date/Fecha:				
<b>PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE</b>				
Name/Nombre:		Last/Apellido:		
<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Miss		Marital status (circle one) Single / Mar / Div / Sep / Wid		
Is this your legal name? / Es tu nombre Legal?  <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If not, what is your legal name? / Si no, ¿cuál es su nombre legal?	Birth date / Fecha de nacimiento:  /   /	Age / Edad:	Gender / Género:  <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Address / Direccion:				
City / Ciudad:		State / Estado:		Zip / Código Postal:
Northern Address:				
City / Ciudad:		State / Estado:		Zip / Código Postal:
Social Security no / Numero de Social:		Home phone no. / Numero de tel de casa:		Cell phone no. / Numero de Celular:
Occupation / Ocupación:		Employer / Empleador:		Employer phone no. / Teléfono de empleador:
Referred By / Referidos Por				
¿Date of last visit to podiatrist? / ¿Fecha de la última visita al podólogo?				
<b>INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DEL SEGURO</b>				
(Please give your insurance card to the front desk.)				
Health Insurance / Seguro de Salud:	<input type="radio"/> Medicare		<input type="radio"/> Medicare Supplement	
	<input type="radio"/> HMO		<input type="radio"/> Other _____	
<b>IN CASE OF EMERGENCY</b>				
Name of local friend or relative (not living at same address) / Nombre del amigo o familiar local (que no vive en la misma dirección):		Relationship to patient / Relación con el paciente:	Home phone no. / Numero de tel de casa:	Cell phone no. / Numero de Celular:
<p>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 <b>THE SOLE AUTHORITY</b> or insurance company to release any information required to process my claims. /</p> <p>La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo. También autorizo <b>THE SOLE AUTHORITY</b> o compañía de seguros a que libere cualquier información requerida para procesar mis reclamos.</p>				
Patient signature: Firma del Paciente:		Date:		
Parent/Guardian signature: Firma de Padres/Guardian:		Date:		





## MEDICAL HISTORY

Phone: 954-721-3411

954-597-7060

Fax: 954-721-3772

Date/Fecha:			
<b>PATIENT MEDICAL INFORMATION / INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE</b>			
Name/Nombre:		Last/Apellido:	
Reason of Todays Visit / Motivo de la Visita :			
Allergies to Medication / Alergias a Medicaciones:			
<b>EYES / OJOS</b>		<b>BLADDER/KIDNEY'S</b>	
Macular	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Decreased Function / Disminución de la función	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Glaucoma	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dialysis / Diálisis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Glasses / Gafas	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<b>STOMACH / ESTOMAGO</b>	
<b>EARS / OIDOS</b>		Ulcers / Úlceras	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Hearing Loss / Pérdida auditiva	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Gastritis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Ringin in Ears / Zumbidos en los oídos	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Heart Burn / Acidez	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>HEART / CORAZON</b>		<b>LUNGS / PULMONES</b>	
High Blood Pressure / Presion arterial alta	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Lung CA / Cancer Pulminar	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Pacemaker / Marcapasos	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	COPD / EPOC	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
History Heart Attack / Historia ataque cardíaco	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Bronchitis / Bronquitis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		Asthma / Asma	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>OTHERS / OTROS</b>			
HIV / VIH	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diabetes / Diabetis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Do you smoke / Fuma	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Former smoker / Fumaba	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Cancer:			
<b>PHYSICIAN INFO</b>			
Physician Name / Nombre del Medico:		Phone / Telefono:	Month Last Seen / Último mes visto:
Address:			
<b>ADDITIONAL INFORMATION / INFORMACION ADICIONAL</b>			
Prefered Language / Idioma preferido:	<input type="radio"/> English	<input type="radio"/> Spanish	<input type="radio"/> Other _____
Ethnicity / Etnicidad:	<input type="radio"/> Hispanic		<input type="radio"/> Non Hispanic
Race / Raza:	<input type="radio"/> White	<input type="radio"/> African American	<input type="radio"/> South Pacific <input type="radio"/> Hawaiiin
Pharmacy Name / Nombre de farmacia:			Phone / Telefono:
Patient signature / Firma del Paciente:		Date / Fecha:	
Doctor signature / Firma del Doctor:		Date / Fecha:	



## PRIVACY WAIVER FORM

Phone: 954-721-3411

954-597-7060

Fax: 954-721-3772

I, \_\_\_\_\_, hereby grant a limited waiver of my Protected Health Information (PHI) privacy rights described in Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and regulations promulgated thereunder, commonly known as HIPPA. I hereby grant, Laura I. White, DPM and/or Nicole C. Rodriguez, DPM the right to divulge and discuss all pertinent PHI with the following party:

DOB: \_\_\_\_\_

### RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACION DEL PACIENTE

Blood Relative

Legal Guardian

Care Giver

Social Worker

Other (Specify): \_\_\_\_\_

### RELEASE OF MY PHI WILL BE LIMITED TO THE FOLLOWING PURPOSE / LA LIBERACIÓN DE MI PHI SE LIMITARÁ AL SIGUIENTE PROPÓSITO

Comply with Treating Physician Orders

Continuity of Care

Billing and Collections

Other (Specify): \_\_\_\_\_

By signing below, I affirm that failure to disclose my health information in the stated above could endanger me. I also understand that I may rescind this waiver at any time by providing Dr. Laura I. White, DPM with 30 days written Notice.

Al firmar a continuación, afirmo que no divulgar mi información de salud en los términos anteriores podría poner en peligro mi vida. También entiendo que puedo rescindir esta exención en cualquier momento proporcionando a la Dra. Laura I. White, DPM, un aviso por escrito de 30 días.

Patient signature / Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Printed Name / Nombre Empreso: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Effective Date / Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Laura I. White, DPM/Nicole C. Rodriguez, DPM Response to Request:

Agrees to entire request / Acepta todo la solicitud

Denies part of requested action / niega parte de la accion solicitada :

requires more complete/specific information to assess you request / requiere informacion mas completa/especifica para evaluar su solicitud

The practice cannot reasonably accommodate your request / la pacticra no puede acomodar razonablemente su solicitud

Doctor signature / Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_



## PATIENT RESPONSIBILITY: KNOW YOUR INSURANCE

Phone: 954-721-3411

954-597-7060

Fax: 954-721-3772

It's the responsibility of each patient to know their own insurance policy's provisions. With the thousands of different policies issued each year, it is impossible for our office staff to know the details of each one.

Es responsabilidad de cada paciente conocer las disposiciones de su propia póliza de seguro. Con las miles de pólizas diferentes emitidas cada año, es imposible que nuestro personal de oficina conozca los detalles de cada una

### IT IS YOUR RESPONSIBILITY TO / ES SU RESPONSABILIDAD PARA

- Verify with your insurance company that we are participators with your insurance plan. / Verifique con su compañía de seguros que somos participantes de su plan de seguro
- Know what your insurance does and does NOT cover. / Conosca lo que su seguro cubre y NO cubre.
- Obtain any necessary referrals or authorizations before your visit. / Obtenga todas las referencias o autorizaciones necesarias antes de su visita

Once seen, you are responsible for all charges if insurance payment is denied because we are not participants in your insurance plan. If the information you provided us is incorrect or not current, the financial responsibility will be transferred to you. Any procedures that are not covered by any insurance policy are responsibility of any patient.

Una vez visto, usted es responsable de todos los cargos si se deniega el pago del seguro porque no somos participantes en su plan de seguro. Si la información que nos proporcionó es incorrecta o no está actualizada, la responsabilidad financiera se transferirá a usted. Cualquier procedimiento que no esté cubierto por ninguna póliza de seguro es responsabilidad de cualquier paciente.

Patient signature / Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

### PATIENT ACKNOWLEDGEMENT FORM: NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

I have been provided with a copy of Dr. Laura I. White DPM's Notice of Privacy Practices, which describes Dr. Laura I. White, DPM's use and disclosure of any Protected Health Information (PHI)

Recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Dra. Laura I. White DPM, que describe a la Dra. Laura I. White, el uso y divulgación de DPM de cualquier Información de salud protegida (PHI)

Patient signature / Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Printed Name / Nombre Empreso: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Birth Date / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

“Quality care  
and satisfaction  
is our priority”



## MEDICAL RELEASE

Phone: 954-721-3411

954-597-7060

Fax: 954-721-3772

PLEASE RELEASE THE FOLLOWING RECORDS TO / FAVOR LIBERAR LOS SIGUIENTES ARCHIVOS A

Laura I. White, DPM, PA

8307 North Pine Island Road

Tamarac, FL 33321

Phone: 954-721-3411

954-597-7060

Fax: 954-721-3772

You may fax them to 954 721-3772

- Hb A1C results
- Micro/Macro albuminuria results
- Medications List
- Eye Exam
- Last Examination

Other:

---

Patient signature / Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Printed Name / Nombre Empreso: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Birth Date / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_