

Bienvenido a Patron Medical

Nombre del Paciente		Genero al Nacimiento M [] F [] Opcional: Orientación Sexual: _____ Como Identifica: _____		Estado Civil: Soltero [] Casado [] Separado [] Divorciado [] Viudo []	
Dirección		Apto	Fecha de Nacimiento:		Numero de Seguro Social: <u>¿Tiene Hecho Testamento en Vida?</u> Si [] No []
Ciudad Postal	Estado	Código	Edad:		
Correo Electrónico <i>**Muy Importante para Notificaciones, Alertas y Portal del Paciente**</i>			Cellular:		

Raza Blanco [] Negro/Africano Americano [] Indio Americano [] Asiático [] Isla del Pacifico **O** otro _____

Etnicidad: Hispano o Latino [] No Hispano / Ni Latino []

Idioma Preferido: Ingles [] Español [] otro Idioma: _____

Estado de Empleo: Empleado Tiempo Completo [] Empleado Medio-tiempo [] Desempleado [] Empleado por Cuenta propia [] Jubilado [] Amo/a de Casa []

Estado Estudiantil: Estudiante al corriente, tiempo completo [] Estudiante al corriente, Medio-Tiempo []

Nombre de Empleador del Paciente o Instituto Educacional **Ocupación:** **Número de Teléfono**

(Asegurado Principal) Nombre del responsable Financiero	Relación al Paciente: Persona Propia [] Conjugue [] Padre//Guardian []	Asegurado Principal Fecha de Nacimiento ____/____/____	Asegurado Principal # S.Social
	Asegurado Principal Nombre Del Empleador		

Asegurado Principal Ocupación

Nombre del Conjugue, Pareja, Padre(s) o Guardián **Del Paciente** **Numero de Contacto**

Contacto en Caso de Emergencia ****Importante**** **Relacion** **Numero de Telefono**

Nombre de su Médico de Cabecera **Previo** Ciudad Teléfono

Nombre de la farmacia del Paciente ***Requerido*** Ciudad Teléfono

Firma de Por Vida:

Yo certifico que la información contenida en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. **Si en algún momento mi aseguranza cambia, se reforma o se modifica yo como el paciente seré el único responsable de informar y actualizar toda mi información con la oficina.** Además, yo autorizo la divulgación de cualquier información medica necesaria para procesar reclamo(s), y todo tratamiento(s), y pago(s). Yo autorizo el pago de beneficios médicos a **PatronMedical**. (NPI 1346336211) proveedor de servicios. Yo estoy de acuerdo, independientemente de la cobertura del Seguro de que yo soy responsable de todos los gastos incurridos. Todo Pago(s) serán REQUERIDO al momento de que el médico o el consultorio rinda servicio. Le enviaremos el cobro o facture a su Seguro **como una cortesía**. Por lo tanto, yo, el paciente comprendo que yo soy **el responsable de conocer mi cobertura** y el contrato que existe con mi aseguranza. Entiendo de que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros y me comprometo a pagar todos los gastos y costos de colección y agencia de cobro, honorarios de abogados, y todos los demás costos asociados con la colección de cualquiera cuenta cantidad o balance. Este consentimiento incluye, sin limitaciones, cualquier futuro resultados de pruebas, pruebas pendientes o resultados de laboratorio. Yo, el firmante, autorizo al proveedor de servicios o quien sea designado como su asistente(s), a administrar servicios, tratamientos y procedimientos que en su opinión se consideren necesario.

Firma del Paciente

Fecha

AVISO sobre Prácticas de Privacidad

Vigente a partir del 23 de Septiembre de 2013

El presente aviso describe la forma en que se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted y la forma en que usted puede tener acceso a dicha información. Por favor, léalo con atención.

Andres Patron D.O. P.A. / Patron Medical

Nuestra promesa a ustedes, nuestros pacientes: Su información es importante y confidencial. Nuestra ética y nuestras normas exigen que su información se mantenga en estricta confidencialidad.

Modificaciones a este Aviso. Podemos modificar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si modificamos este Aviso, podemos poner en vigencia los nuevos términos del aviso para todas las PHI que mantenemos, incluyendo toda información creada o recibida antes de la emisión del nuevo aviso. Si modificamos este Aviso, publicaremos el aviso revisado en el área de espera de nuestra oficina.

Introducción:

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la información sobre su salud. También se nos exige que le proporcionemos este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, obligaciones legales y sus derechos concernientes a su información de salud (Protected Health Information – PHI o Información de Salud Protegida). Debemos respetar las prácticas de privacidad que se describen en el presente Aviso (las que pueden ser modificadas periódicamente).

Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o copias adicionales de este Aviso, por favor comuníquese con nosotros a través de los medios enumerados al final de este Aviso.

Usos y divulgaciones permitidos sin su autorización escrita:

Podemos usar y divulgar la PHI sin su autorización escrita para ciertos fines que se describen a continuación. En lugar de ser exhaustivos, los ejemplos que se proporcionan en cada categoría tienen el propósito de describir los tipos de usos y divulgaciones que son permitidos por ley.

Tratamiento: Podemos usar y divulgar la PHI a fin de proporcionarle su tratamiento. Por ejemplo, podemos revisar y usar su historial de medicamentos para diagnosticar, proporcionar tratamiento y servicios médicos. Además, podemos divulgar la PHI a otros proveedores de atención médica a fin de proporcionarle la atención adecuada y un tratamiento continuo.

Pago: Podemos usar o divulgar la PHI para determinar la cobertura, facturación, gestión de reclamos y el reembolso. Por ejemplo, la factura que enviamos a su seguro de salud puede incluir información sobre una cirugía a la que usted se sometió, para que el asegurador nos pague esa cirugía. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para determinar si el plan cubrirá el tratamiento.

Operaciones de atención a la salud: Podemos usar y divulgar la PHI con relación a nuestras operaciones de atención a la salud, entre las que se incluyen actividades de mejoramiento de la calidad, programas de capacitación, acreditación, certificación, emisión de licencias o actividades de certificación de proveedores. Por ejemplo, podemos usar la PHI para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar la actuación de nuestro equipo. También podemos divulgar la PHI a nuestros profesionales de atención a la salud con fines de revisión y aprendizaje.

Exigidos o permitidos por ley: Podemos usar o divulgar la PHI cuando la ley nos exige o nos permite hacerlo. Por ejemplo, podemos divulgar la PHI a las autoridades competentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, o es una posible víctima de otros delitos. Además, podemos divulgar la PHI en la medida en que sea necesario para impedir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros.

Los siguientes son otros casos de divulgación permitidos o exigidos por ley: divulgación para actividades de salud pública; actividades de supervisión de salud que incluyen la divulgación a agencias estatales o federales que están autorizadas a tener acceso a la PHI; divulgación a funcionarios judiciales y de seguridad del estado en respuesta a una orden judicial u otro proceso legal; divulgación para una investigación que esté aprobada por una junta de revisión institucional; divulgación para demandas laborales por indemnización y divulgación a agencias militares o de seguridad nacional, médicos forenses, médicos legistas e instituciones correccionales, según lo autoricen las leyes.

Recaudación de fondos: Podemos usar la PHI para comunicarnos con usted a fin de recaudar dinero para nuestras actividades. También podemos divulgar la PHI a una fundación relacionada con nosotros para que esa entidad pueda comunicarse con usted a fin de recaudar dinero para sus actividades. Los materiales sobre recaudación de fondos que se le envíen incluirán una descripción de la manera en que usted puede dejar de recibir comunicaciones posteriores sobre recaudación de fondos.

Usos y divulgaciones permitidos que pueden realizarse sin su autorización, pero que usted tiene la oportunidad de objetar:

Familia y otras personas involucradas en su cuidado. Podemos usar o divulgar la PHI para notificar a un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado acerca de su paradero, su estado general o su muerte, o asistir en dicha notificación (incluyendo la identificación o el paradero). Si usted está presente, le daremos la oportunidad de objetar antes de llevar a cabo esos usos o divulgaciones. En caso de que usted se encuentre incapacitado/a, o en situaciones de emergencia, divulgaremos la PHI de manera congruente con la preferencia que usted haya manifestado previamente y que sea de nuestro conocimiento, y en su propio beneficio, según lo determine nuestro criterio profesional. También apelaremos a nuestro criterio profesional y a nuestra experiencia para realizar inferencias razonables sobre su propio beneficio al permitir a una persona que recoja prescripciones médicas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de PHI.

AVISO sobre Prácticas de Privacidad

Vigente a partir del 23 de Septiembre de 2013

Esfuerzos de ayuda humanitaria en respuesta a un desastre. Podemos usar o divulgar la PHI protegida a una entidad pública o privada que esté autorizada por ley o por su estatuto a proporcionar ayuda humanitaria en respuesta a un desastre, con el fin de coordinar la notificación sobre su paradero, estado general o muerte a miembros de su familia.

Usos y divulgaciones que requieren su autorización escrita:

Notas de psicoterapia. Debemos obtener su autorización para utilizar o divulgar de cualquier manera las notas sobre su psicoterapia, salvo cuando el uso o la divulgación de las mismas: (1) lo realice el autor de las notas de psicoterapia con fines de tratamiento, (2) se realice para nuestros propios programas de capacitación, en los que los estudiantes, aprendices o practicantes de salud aprenden bajo supervisión a practicar o mejorar sus habilidades de consejería, (3) sea para instruir nuestra defensa en un procedimiento judicial instituido por usted, (4) sea exigido por ley, (5) se realice a una agencia de supervisión de salud con respecto a la supervisión del autor de las notas de psicoterapia, (6) se realice a un médico forense o médico legista, o (7) se realice para evitar o mitigar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público en general.

Comunicaciones de mercadeo; venta de PHI. Debemos obtener su autorización escrita antes de usar la PHI para fines de mercadeo o para su venta, en concordancia con las definiciones y excepciones relacionadas establecidas en la HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud).

Otros usos y divulgaciones. Los usos y divulgaciones distintos de los descritos en este Aviso sólo podrán realizarse con su autorización escrita. Por ejemplo, deberá firmar un formulario de autorización antes de que podamos enviar la PHI a su compañía de seguro de vida o a su abogado. Usted puede revocar tal autorización en cualquier momento, proporcionándonos una notificación escrita de esa revocación.

Sus derechos individuales:

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede solicitar el acceso a sus registros médicos y a los registros de facturación que mantenemos con el propósito de inspeccionar y solicitar copias de esos registros. Todas las solicitudes de acceso deben presentarse por escrito. En circunstancias limitadas, podemos denegar el acceso a sus registros. Podemos cobrarle un arancel que cubra el costo de copiar y enviarle los registros solicitados.

Derecho a comunicaciones alternativas: Usted puede solicitar por escrito y en forma razonable recibir la PHI por medios alternativos de comunicación o en lugares alternativos (ejemplo correos electrónicos) y nosotros haremos las adaptaciones necesarias para atender su pedido.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción a la PHI que usamos o divulgamos para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención a la salud. Puede solicitar tal restricción por escrito, dirigida a nuestra Oficina. No estamos obligados a aceptar la restricción que usted solicite, salvo cuando se trate de restringir la divulgación de la PHI a un plan de salud con el fin de efectuar el pago u operaciones de atención a la salud, cuando la divulgación no sea exigida de otra manera por ley y la PHI se relacione exclusivamente con un ítem o servicio de atención a la salud que ha sido totalmente pagado por usted u otra persona o entidad en su nombre.

Derecho a la nómina de divulgaciones: Mediante solicitud escrita, puede obtener la nómina de las divulgaciones del PHI realizadas por nosotros en los últimos seis años, con sujeción a ciertas restricciones y limitaciones.

Derecho a solicitar modificación: Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su PHI. Debe presentar la solicitud por escrito, explicando por qué debe ser modificada esa información. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias.

Derecho a obtener aviso: Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso presentando la solicitud a nuestra oficina en cualquier momento.

Derecho a recibir notificación de una infracción: Estamos obligados a notificarlo/a si detectamos una falla en su PHI no segura, de acuerdo con los requisitos establecidos por la ley federal.

Preguntas o reclamos:

Si desea obtener información adicional sobre sus derechos de privacidad, o está preocupado/a de que hayamos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la línea de Privacidad de nuestra Oficina de Cumplimiento. También puede presentar un reclamo escrito al Director, Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. No tomaremos represalias contra usted en caso de que presente un reclamo ante el Director o nuestra oficina. Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante "nuestra" oficina. La dirección es la siguiente:

Dirección: 10796 Pines Blvd

Oficina: 205

Ciudad: Pembroke Pines

Estado: FL

Código Postal: 33026

AVISO sobre Prácticas de Privacidad

Vigente a partir del 23 de Septiembre de 2013

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar este formulario, _____ certifico que he leído, revisado y recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (adjunta) de la oficina de la **Andrés Patrón DO, PA**. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida.

Firma del Paciente

En Caso de Emergencia:

Por favor de proporcionar la información de aquellas personas que le gustaría que sean contactadas en **caso de situaciones de emergencia** o una amenaza grave para su seguridad o la seguridad de los demás.

Nombre: _____ Teléfono# _____

Relación: _____ Numero de Teléfono adicional# _____

Nombre: _____ Teléfono # _____

Relación: _____ Numero de Teléfono adicional# _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Hemos hecho un esfuerzo de buena fe para tratar de obtener el reconocimiento escrito de la recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Reconocimiento no se pudo obtener por la siguiente razón (s)

- o Paciente / Persona negó a firmar
- o Barreras Comunicaciones prohíbe la obtención de un reconocimiento
- o Una situación de emergencia nos impidió obtener un acuse de recibo
- o Other _____

Fue intentado por: _____
{Personal De Oficina}



La Oficina del Dr Andres Patron Apprecia la confianza que usted a mostrado al elegirnos como proveedor para el cuidado de su salud y sus necesidades.

Yo _____ por este medio autorizo y doy consentimiento al Dr. Andres Patron, y PatronMedical atra vez del personal adecuado, para realizar o hacer realizar en mí, o en el paciente arriba mencionado, la valoracion (es), evaluación (es) apropiada (s), asi como pruebas médicas, procedimientos y tratamientos.

Asi mismo, los servicio (s) que ha elegido recibir de nuestra oficina implica una responsabilidad financiera de su parte. Esta responsabilidad le obligue a usted el paciente que se asegure del pago total de nuestros honorarios. Como cortesía, se le verificara su cobertura y se le pasara la cuenta a su compañía de seguros en su nombre, pero comprende que como paciente es financieramente responsable con el **Dr. Andrés Patrón y PatronMedical** de los Cargos que la compañía de seguro se nieguen a pagar. Por otra parte tambien estoy de acuerdo que cualquier saldo de credito resultante del pago de la compania de seguro de salud o cualquier otra fuente de pago pueden y deben ser aplicadas a cualquier cuenta o deuda que yo haya incurrido como paciente.

Yo, el paciente a su vez, autorizo al Dr. Andrés Patrón/ PatronMedical (o cualquier otra persona que actúan en mi nombre), a presentar la información requerida o solicitada por mi compañía de seguros para procesar los reclamos médicos y asignar beneficios. Por lo tanto, si mi Compañía de Seguros no responde, me facturaran directamente ya que yo entiendo que soy responsable del pago sobre mi cuenta, o cualquiera de los servicios no cubiertos por la compañía de Seguro y/o Medicare. Además entiendo mi responsabilidad de cumplir con cualquier deducible anual aplicable (s), co-pago (s) y co-seguro (s) como asignado por mi compania de salud.

Todos los saldos de los pacientes, según lo determinado por su compañía de Seguro(s) se deben pagar dentro de los 30 días de la factura. Si no, los intereses se le acumulan a los saldos de más de 30 días atrasados al 18% en porcentaje annual. Ademas una cuota de coleccion lo cual es añadida a los saldos de más de 90 días en retraso.

También entiendo y estoy de acuerdo en pagar la tasa de interés legalmente permitida, honorarios de la agencia de coleccion y costos legales, si mi cuenta se convierte en delincuente en cualquier momento. Con mi firma, ofresco la garantía de pagar le a la oficina la cantidad en deuda en su totalidad y cualquier cargo incurrido para hacer cumplir el pago requerido por este acuerdo. Cualquier información necesaria para cobrar dicha deuda se dará a conocer, al representante legal lo cual assiste al medico en obtener el saldo de tal deuda.

El paciente (tutor / responsable de la cuenta) acepta ser plenamente responsable por el pago total de los procedimiento(s) realizado en esta oficina, incluyendo cualquier tratamiento (s) que no sea parte de los beneficios de cualquier Seguro Médico que el paciente pueda tener.

He leído y comprendido la información anterior, y estoy de acuerdo con los términos que se describen:

Firma del Paciente/Responsable o Tutor: _____ **Fecha** _____



Patron Medical

I, _____, whose signature appears below, authorize The Office of Dr. Andres Patron and its providers to view my external prescription history via the Sure Scripts RxHub on EMR.

This consent form authorizes us to obtain and review detailed prescription history and provides the physician with availability of information about the medications being prescribed by other providers involved in your medical care. This information will improve the accuracy of our medication list in your medical chart and decrease any adverse drug reactions or inaccurate medication information, such as medication names or dosages.

I understand that the prescription history is from multiple other unaffiliated medical providers, insurance companies and pharmacy benefit managers and may be used and viewed by our providers and staff, and it may also include prescriptions back in time for several years.

My Signature certifies that I read and understood the scope of my consent and that I authorize the access.

Signature _____

Date of Birth _____

Date _____

Email/Correo: _____

Making Medical Decisions

NSDM: Are you your own Medical Decision Maker? (Non-Surrogate Decision Maker) _____

SDM: Do you have a legal Proxy, agent or Surrogate Decision Maker? _____

Please Answer Yes or No

Toma De Decisiones Medicas

NSDM: Es usted la persona que toma las decisions Medicas por si mismo? _____

SDM: Tiene usted un agente o sustituto legal que tome las decisions Medicas por usted? _____

Por Favor Contestar Si o No

MEDICAL RECORDS RELEASE FORM

We, the office of Dr. Andres Patron wants to make your transition as smooth as possible and for the purpose of medical treatment, It is important we obtain a copy of your past medical record(s). Therefore, if you would complete the form below so we may submit it, as necessary to any of your previous attending Physicians, Specialists, Hospitals and or Pharmacies in order to obtain vital background, history and medical information.

I HEREBY AUTHORIZE (with my Signature below) AND REQUEST THAT YOU SEND A COPY OF MY COMPLETE MEDICAL RECORD TO:

PCP: Andres Patron, D.O. / PatronMedical

PHONE (954) 885-5555

ADDRESS: 10796 PINES BLVD SUITE 205 PEMBROKE PINES, F L 33026 FAX (954) 885-5333

Or FrontDesk@PatronMedical.com

PATIENT'S NAME: _____ Relationship to Patient _____

SSN: _____ DOB: _____

ADDRESS: _____

I hereby authorize the release of all medical documentation and other information including protected health information that I could personally obtain upon request, which may be in the possession of any health care provider, medical care facility, insurer, physician, hospital, ambulance service or nurse and or any other covered entity under HIPAA Accountability Act of 1996.

Please Provide any Pertinent Information along with the (✓) Requested Information below:

History & Physical	Laboratories	Eye Exam
Progress Note	XRay/Scans	Pap/Cervical Scrn
Consultation/Counseling	EKG/EEG	Mammo
Narrative Summary	Treatment Plan	ColoKit/Colonoscopy

This may also authorize Patron Medical to release /obtain general health Information as well as 1). psychiatric/psychological treatment, 2). HIV/AIDs diagnosis as well as 3). Alcohol and 4). Drug Abuse information, from my medical record, in accordance with Florida Statutes and Federal regulations. In addition, but not limited to any test, counseling and results of treatment(s), thereof are also authorized. I understand that my records have a privilege and confidential status, and I am in approval and acceptance of such order/request in an effort to establish, provide and set forth an accurate medical patient history and physical Upon Presentation of this authorization or photocopy of you are authorized to release a copy of the records to any person who is my personal representative. I understand that the information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the personal representative and may no longer be protected by federal law. The purpose of the disclosure is to enable the person(s) named above to fully act as my personal representative under HIPAA, including the ability to access and re-release my medical records. This authorization shall be deemed to comply with all the requirements of HIPAA; 45cfr section 16.

PATIENT OR LEGAL GUARDIAN SIGNATURE: _____

This authorization shall become effective on the date it is signed and expire two years after my death. I understand that I may revoke this authorization at any time, without regard to my mental or physical condition, by indicating and sending a written and certified notice to my medical provider(s). **Therefore, this consent shall and will remain in effect without expiration.** _____ (Initials) If I choose to rescind, this such said release The Office of Dr. Andres Patron agrees, to Null, Void and destroy this form.



Andres Patron D.O., P.A.

Diplomate American Board of Internal Medicine

10796 Pines Blvd Suite 205

Pembroke Pines, Florida 33026

Telephone: (954) 885-5555 Facsimile: (954) 885-5333

E-Mail: APatron@PatronMedical.com

Patron Medical ha instituido una política de cancelación de citas con efecto inmediato.

Nuestra oficina programa citas para que cada paciente reciba la cantidad de tiempo adecuada para ser atendido por el médico y el personal. Es muy importante que acuda a su cita programada con nosotros y llegue a tiempo. Como cortesía para ayudar a los pacientes con su hora y fecha programada, nuestra oficina envía recordatorios por mensaje de texto, correo electrónico y teléfono con anticipación, dado que contamos con todos los métodos de comunicación actualizados. Aunque en última instancia es responsabilidad del paciente asistir y mantener su cita programada.

Como resultado, requerimos, como cortesía a la oficina, que nos proporcione un aviso **con al menos un día de anticipación** (24 horas), en caso de que necesite reprogramar o cancelar su cita. Si no cancela o reprograma con al menos 1 día/24 horas de anticipación, **se le aplicara un cargo por servicio de "no presentacion" de \$30.00** a su cuenta. Este cargo por no presentarse no es reembolsable por su compañía de seguros y por lo tanto usted será responsable.

- **No Show:** significa cualquier paciente que no llega a una cita programada.
- **Cancelación el mismo día:** significa cualquier paciente que cancela una cita con menos de un día de anticipación (aviso mínimo de 24 horas) a la hora y fecha de su cita programada.
- Cancelaciones repetidas o citas perdidas resultarán en la pérdida de privilegios de citas futuras y posible despido de la práctica.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política de nuestra oficina, comuníquese a nuestro personal y estaremos encantados de aclarar cualquier inquietud.

He leído y entiendo la política de citas y cancelación anterior y reconozco los términos. También acepto que la clínica pueda modificar dichos términos en algun momento .

Firma de Paciente

Fecha