

Suarez Medical Center

Sergio G. Suarez, MD

Diego H. Suarez, MD

Informacion Personal

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ #De Departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Sexo: Masculino / Femenino Numero De Seguro Social: _____ - _____ - _____

Telefono De Casa: _____ # Trabajo: _____

Celular: _____

En Caso De emergencia llamar a _____ Telefono _____

Email (Correo Electronico) _____

Estado Civil: Casado () Soltero () Divorciado () Otro ()

Informacion Del Seguro Medico

Seguro Primario _____ # de poliza: _____

Seguro Secundario _____ # de poliza: _____

Copago: _____ Copago diagnostico _____ Deductible _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Relacion con el asegurado: Paciente () Esposa/o () Hijo/a () Otro ()

Yo quien ha firmado, le doy permiso permanente a Sergio G. Suarez, MD para dar informacion medica pertinente a mi enfermedad. Entiendo tambien que soy responsable por todos los cargos monetarios a pesar de estar asegurado.

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Ha tenido usted alguna de estas enfermedades? Por favor Marque las:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Mala Circulacion |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problema de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales o intestinales |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Enfermedades nerviosas |
| <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Flebitis o inflamacion de las venas |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon | <input type="checkbox"/> Ataques al corazon |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Artritis (reumatica/degenerativa) | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias (Asma) |

Que medicinas esta tomando en este momento?

Nombre _____ Nombre _____

Nombre _____ Nombre _____

Nombre de farmacia _____ # Telefono _____

Es usted alergico (a) a alguna medicina o comida? _____

Fuma? _____ Cuantas cajas por dia? _____ Cuantos anos hace que fuma? _____

Bebe usted alcohol? _____ Esta usted en embarazada? _____

Ha tenido usted alguna cirugia en el pasado? _____

Especifique por favor _____

SUAREZ MEDICAL CENTER
72 GUY LOMBARDO AVE
FREEPORT, N.Y. 11520

Permission for Electronic Communication:

Practice Fusion would like to contact you via text messaging using your personal phone regarding appointment reminders. Some limited personal information may be included however no medical or test results will be specified. Initial below if you wish to be contacted via text messaging or not.

_____ **Yes, I want** Practice Fusion to use my cell phone listed below to send text messages (Initial) for the purposes of appointment remind.

Cell/Text Message Number: _____

_____ **NO, I do not want** Practice Fusion to use my cell phone listed below to send text messages.

Recordatorios de citas.

Practice Fusion desea contactarlo a través de mensajes de texto usando su teléfono personal con respecto a los recordatorios de citas. Es posible que se incluya cierta información personal limitada; sin embargo, no se especificarán resultados médicos o de pruebas. Inicial a continuación si desea ser contactado a través de mensajes de texto o no.

_____ **SÍ, quiero** que Practice Fusion use mi teléfono celular que para enviar mensajes de texto con el propósito de recordar la cita.

_____ **NO, no quiero** que Practice Fusion use mi teléfono celular a para enviar mensajes De texto.

Print Name (Firma del Paciente) _____

Date of Birth (Fecha De Nacimiento) : _____

SERGIO G. SUAREZ, M.D.
72 Guy Lombardo Ave, Suite 1
Freeport, NY 11520

Esta Nota describe como su informacion medica puede ser usada y liberada y como usted puede acceder a esta informacion.

Por favor revisela cuidadosamente.

Efectivo desde el dia 14 de Abril del 2003

La privacidad de su informacion medica es importante para nosotros. Usted puede conocer que el gobierno de U.S.A. establecio una regla de privacidad ("HIPAA") gobernando la informacion protegida de salud. Esta nota le explica a usted como ella puede ser usada, y ciertos derechos que usted tiene.

Ligia Estevez esta a cargo de los asuntos de privacidad en nuestra oficina. Usted puede contactarla a (516)377-2727, si desea mas informacion o tiene preguntas o preocupaciones.

Uso y liberacion de informacion protegida

La Ley Federal provee que nosotros podemos usar su informacion medica (informacion de salud protegida) para su tratamiento, sin especifica nota a usted, o su autorizacion escrita (como: "si lo referimos a un especialista, podemos proveer datos de laboratorio o estudios a ese especialista (sujeto a mas severas leyes de New York, tal como restriccion en la liberacion de informacion concerniente a AIDS/HIV)").

La Ley Federal provee que podemos usar su informacion medica para obtener pago por nuestros servicios sin especifica nota a usted, o su autorizacion escrita (como: "bajo su plan de salud, nos requieren proveerles con un codigo por diagnostico de su visita y una descripcion de los servicios rendidos").

La Ley Federal provee que podemos usar su informacion medica para operaciones en el ambito del cuidado de la salud sin especifica notificacion a usted, o su autorizacion escrita (como: "nuestros contadores pueden ver su nombre, fechas de tratamiento y codigos de procedimientos durante auditorias de nuestros libros o, nosotros podemos usar su informacion para servicios financieros, seguro de calidad, reduccion de riesgo y manejo de reclamos con nuestro asegurador de responsabilidad medica").

Nosotros podemos usar o liberar su informacion medica, sin notificarlo o su especifica autorizacion, donde:

- 1- Requerido por la Ley
- 2- Requerido por propositos de Salud Publica
- 3- Requerido por ley para reportar abuso al menor
- 4- Donde es requerido por una agencia de control de la salud para controlar actividades autorizadas por la ley, tales como Departamento de Salud, Oficina de Disciplina Profesional u Oficina de Conducta Medica.
- 5- Requerida por la Ley en procedimientos judiciales o administrativos
- 6- Requerida para cumplimiento de la ley por un oficial de la ley
- 7- Requerido por un investigador criminalista o medico forense

8-Permitido por ley al director de Funeral

9-Permitido por ley para proposito de donacion de organos

10-Permitido por ley para prevenir una seria amenaza a la salud o seguridad

11-Permitido por ley y requerido por autoridades militares si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

La Ley del Estado de New York provee proteccion de la informacion adicional con respecto a HIV/AIDS. Nosotros continuaremos respetando la Ley del Estado de New York con respecto a dicha informacion.

Nosotros podemos contactarlo por correo o telefono, a su domicilio, para recordarle citas o para proveer informacion acerca de tratamientos alternativos. Al menos que usted nos indique, nosotros podemos dejar un mensaje para usted en cualquier contestador o con cualquier persona quien responda el telefono en su residencia.

Usted puede hacer razonables pedidos, por escrito, para que nosotros usemos metodos alternativos para comunicarnos con usted en una manera confidencial. Espacio para esto es provisto abajo. Otros usos o liberacion de informacion medica sera realizada solamente con su autorizacion escrita. Usted tiene el dercho a revocar cualquier autorizacion escrita que usted provea.

Derechos que usted tiene

Usted tiene el derecho a requerir restricciones en ciertos usos o liberacion descriptas arriba. Excepto como escrito abajo, nosotros no estamos requeridos a aceptar tales restricciones.

Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener copias de su informacion medica (un costo razonable sera requerido).

Usted tiene el derecho a reclamar correcciones a su informacion medica. Tales requerimientos deben ser por escrito, y deben establecer la razon para la requerida correccion. Nosotros lo notificaremos si aceptamos o no la requerida correccion. Si nosotros estamos en desacuerdo con la correccion requerida, nosotros lo notificaremos acerca de sus derechos.

Usted tiene el derecho a solicitar un informe de cualquier liberacion nosotros hicimos de su informacion medica, excepto por: liberacion nosotros hicimos a usted, o para proveer tratamiento, obtener pago o operaciones del cuidado de la salud, o como requerido por su autorizacion escrita, o como permitido o requerido bajo 45CFR&164.502, o para proposito de emergencia o notificacion, o para propositos de seguridad nacional o inteligencia como sea permitido por la ley, o a facilidades correccionales u oficiales de la ley como permitido por ley (o para propositos de investigacion o salud publica despues de haber sido de-identificado o limitado para remover informacion de identificacion personal) o liberacion realizada antes de Abril de 2003.

Si usted ha recibido esta nota electronicamente, tiene el derecho de obtener una copia en papel en nuestra oficina.

Obligaciones que nosotros tenemos

Nosotros estamos requeridos por ley a mantener la privacidad de informacion de salud protegida y proveer a individuos con informacion de nuestras obligaciones legales y practicas de privacidad.

Nosotros estamos requeridos a sujetarnos a los terminos de esta nota hasta tanto este en efecto.

Nosotros nos reservamos el derecho a revisar esta nota, y realizar una nueva efectiva para toda la informacion de salud protegida que mantenemos. Cualquier cambio sera expuesto en nuestra oficina, y copias estaran disponibles.

Si usted desea quejarse acerca de violaciones de sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de establecer una queja con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted puede tambien realizar el reclamo con nosotros.

Reclamos deberan ser dirigidos a Sergio Suarez Medical Center, 72 Guy Lombardo Ave, suite 1, Freeport N.Y. 11520, (516)377-2727.

Ninguna accion de represalia sera tomada en su contra por cualquier reclamo que usted pueda hacer.

Recibi una copia en papel de esta nota

Firma

Escriba su nombre

Fecha

Yo hago los siguientes requerimientos especiales para comunicaciones confidenciales:

Firma

Fecha