



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC – PACIENTE INFORMACION
Por favor llene la siguiente forma

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F

DIRECCION: _____

ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO _____ CELL: _____

CORREO: _____

RAZA:

Favor Seleccionar
___ American Indian or Alaskan Native ___ Black or African American
___ Native Hawaiian or other Pacific Islander ___ Asian ___ White/Caucasian ___ Patient Declined

ETHNICIDAD

Favor seleccionar
___ Latino o Hispanic ___ No Hispanic or Latino ___ Prefiero No Decir

ESTADO SENTIMENTAL: ___ Nunca casado ___ Casado ___ Anulado ___ Viudo/a ___ Separado ___ Divorciado

ESTATUS DE TRABAJO: ___ Empleado ___ Despleado ___ Estudiante ___ Retirado

HISTORIA SOCIAL:

Cuanto fuma?
___ Nunca ___ Fumador/Fecha ___ Fumador Actual ___ Paquetes/Dias

Con que frecuencia bebe alcohol?
___ Socialmente ___ Semanal ___ A Diario ___ Cerveza/Vino ___ Liquor ___ Nunca

SEGURO PRIMARIO: _____

SEGURO SECONDARIO: _____

DOCTOR PRIMARIO DE CABEZERA: _____

FARMACIA REFERIDA: _____

ESTA EMBARAZADA?.....SI NO DIA DE PARTO: _____
TIENE MARCAPASO?.....SI NO FECHA DE PONER: _____
TIENE IMAPLANTES DE METAL?.....SI NO DONDE: _____
LO HAN DIAGNOSTICADO CANCER?.....SI NO CUANDO: _____
SE HA HECHO EXAMEN DE OIDO?.....SI NO FECHA _____
SE HA HECHO EXAMEN DE VISION?.....SI NO FECHA: _____
ES DIABETICO?.....SI NO EXAMEN DE A1C: _____
HAVE YOU HAD BLOOD WORK IN THE LAST 3 MONTHS?.....SI NO C UANDO: _____



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131
Phone: (305) 714 – 2160
Fax: (305) 397 – 1156

AVISO DE HIPPA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPPA) requiere que le proporcionemos nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que explica nuestras prácticas de privacidad y cómo podemos usar y divulgar legalmente su Información de Salud Protegida (PHI). Para proteger su privacidad y confidencialidad, le pedimos que autorice cuándo ya quién se puede divulgar la información médica protegida.

¿Podemos dejar un mensaje detallado en el contestador automático de su casa o teléfono celular? ___SI ___NO

¿Podemos llamarlo al trabajo y dejar un mensaje para llamar a nuestra oficina? ___ SI ___NO

¿Tenemos su permiso para hablar con familiares u otras personas? ___ SI ___NO

En caso afirmativo, proporcione los nombres, números de teléfono y relación con usted:

Nombre: _____ Telf: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Telf: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Telf: _____ Relacion: _____

Al cantar este formulario, reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que los he leído o rechazado la oportunidad de leerlos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y comprendo el Aviso de prácticas de privacidad, comprendo que este formulario se colocará en mi historial médico y se conservará durante seis años.

Imprimir Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131
Phone: (305) 714 – 2160
Fax: (305) 397 – 1156

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

Doctor / Hospital: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____

Por la presente autorizo y solicito la divulgación de mis registros médicos a:

CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131
Phone: (305) 714 – 2160 Fax: (305) 397 – 1156

Gracias por su cooperación de antemano.

Imprimir Nombre: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación / Autoridad si no está firmado por el paciente: _____ MANAGER _____ / STAFF MEMBER _____

Testigo Firma _____ Fecha: _____

*Reconozco que puede ser necesario comparar estudios con otros resultados de pruebas de otras instalaciones médicas, médicos, laboratorios, etc. y autorizo la divulgación de cualquier información médica pertinente a Concierge Diagnostics, Inc. *

ENVÍE: LAS ÚLTIMAS 3 NOTAS DE LA OFICINA, LA LISTA DE MEDICAMENTOS, LABORATORIO Y LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, SI APLICA.

CONCIERGE DIAGNOSTICS INC
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131
Phone: (305) 714 – 2160
Fax: (305) 397 – 1156



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131
Phone: (305) 714 – 2160
Fax: (305) 397 – 1156

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL EXAMEN DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO

Su médico ha solicitado que realicemos una ecografía / ecografía (EE. UU.) Para obtener información adicional. Ésta es una prueba de diagnóstico que utiliza ondas sonoras y una computadora para producir imágenes de las partes internas del cuerpo. El beneficio de este examen es ayudar a su médico a realizar un diagnóstico. Puede haber otras alternativas de diagnóstico por imágenes, sin embargo, su médico cree que una ecografía es la mejor prueba de diagnóstico para usted después de evaluar sus síntomas y su condición médica en este momento.

Con mi firma a continuación, certifico que he leído completamente este consentimiento, que me lo han explicado o que me lo han leído. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi afección, formas alternativas de tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados. Entiendo su contenido y tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

Pacientes de sexo femenino: Con mi firma en este formulario, por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, no estoy embarazada ni se sospecha que se haya confirmado un embarazo en este momento. Si está embarazada o cree que puede estarlo, notifique a la recepción:

Imprima Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

POLÍTICA DE COPAGO Y GASTOS DE BOLSILLO: Reconozco que Diagnósticos de Conserjería impone un co-pago estándar para servicios en la oficina y para servicios a domicilio, independientemente de cualquier acuerdo contractual con proveedores de seguros. Entiendo que esta tarifa es completamente distinta de cualquier deducible o montos de co-seguro establecidos por mi compañía de seguros. Además, comprendo que este co-pago no está condicionado por la cobertura del seguro y se aplica uniformemente a pacientes asegurados y no asegurados como parte de la tarifa de servicio médico de Diagnósticos de Conserjería. Por la presente, acepto no buscar reembolso por este co-pago o cualquier gasto de bolsillo una vez que haya recibido servicios de Diagnósticos de Conserjería. Confirmando que se me ha proporcionado una explicación completa de estos términos, y mi firma sirve como evidencia de mi entendimiento y aceptación de los mismos.

Imprima Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131
Phone: (305) 714 – 2160
Fax: (305) 397 – 1156

Poder Notarial y Autorización Médica

PODER LEGAL PARA RESPALDAR LOS CHEQUES Y / O FIRMAR CUALQUIER PAPEL QUE MEJORARÁ O ACELERARÁ EL PAGO AL PROVEEDOR POR EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRESTADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A, LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS Y ASIGNACIONES DE BENEFICIOS / AUTORIZACIÓN PARA PAGAR.

Sepan por todos los presentes que: El abajo firmante ha hecho, constituido y designado, y por estos presentes hace, constituye y designa a Concierge Diagnostics, Inc. y a cualquiera de sus agentes y empleados debidamente autorizados como y para ser el abogado verdadero y legal del abajo firmante. por y en el nombre del abajo firmante, lugar y lugar para endosar todos los cheques, giros o giros postales que se hacen pagaderos al abajo firmante solo o al abajo firmante y a dicho Concierge Diagnostics, Inc, a solicitud o con el conocimiento y aprobación del abajo firmante y / o el emisor del cheque, giro o giro postal.

Además, el abajo firmante permite a Qualis Diagnostics dba Concierge Diagnostics, Inc o cualquiera de sus agentes firmar cualquier papel que sea necesario para mejorar, agilizar y / o permitir el pago a dicho proveedor. Esto puede incluir declaraciones juradas de no propiedad de vehículos, formularios de seguro y otras declaraciones.

EL RESPONSABLE DE ESTOS REGALOS OTORGA Y OTORGA A DICHO CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC. COMO ABOGADO EL PODER Y AUTORIDAD COMPLETOS PARA HACER Y REALIZAR TODOS Y CUALQUIER ACTO, CUALQUIER REQUISITO Y NECESARIO REALIZARSE EN Y SOBRE EL LOCAL Y TOTALMENTE PARA TODAS LAS INTENCIONES COMO EL FIRMADO PODRÍA O PODRÍA HACER PARA PRESENTAR PERSONALMENTE, EN CUANTO A QUE EL APROBACIÓN Y EL EFECTIVO DE DICHS CHEQUES SE TRATAN, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO DOCUMENTO.

LANZAMIENTO MEDICO

Una fotocopia de este documento será suficiente para autorizar a cualquier persona que tenga registros de tratamiento médico, servicios de diagnóstico o suministros que me pertenezcan a entregar copias verdaderas del mismo a Concierge Diagnostics, Inc. o cualquier aseguradora que me brinde cobertura en relación con el procesamiento de cualquier reclamo de beneficios hecho por mí o por el cesionario en este documento. Una fotocopia de este documento será vinculante como página de firma original. El abajo firmante ratifica y confirma todas y cada una de las acciones tomadas por dicho abogado de acuerdo con este poder especial y que dicho abogado hará o hará que se realicen en virtud de estos presentes.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo _____, por la presente autorizo a mi plan de seguro médico a realizar pagos de beneficios médicos pagaderos a mí por los servicios prestados en Concierge Diagnostics, Inc., pero sin exceder los cargos de esos servicios, pagaderos y enviados directamente a:

Qualis Diagnostics, LLC dba Concierge Diagnostics, Inc. located at: 601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131

Además, por la presente ASIGNO IRREVOCABLE a Concierge Diagnostics, Inc. los derechos y beneficios bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o cualquier otra fuente colateral como se define en los Estados de Florida para cualquier servicio o cargo proporcionado por Concierge Diagnostics, Inc.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los abajo firmantes firman la presente, este (Dia) _____ de (Mes) _____ / (Año) _____

Firma: _____