

MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC
7150 W 20th Ave. Suite 312, Hialeah, FL - 33016

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Número de Paciente:		Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Apellido:		Edad:	Estado Civil:
Nombre:	Inicial:		
Dirección:		Teléfono de Casa:	
Ciudad, Estado, Zip:		Teléfono del Trabajo:	
Dirección de Correo Electrónico:		Teléfono Celular:	
Empleador:			
PERSONA RESPONSABLE			
Cuenta #		Relación Paciente Con El Garante:	
Apellido:		Sexo:	
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Teléfono de Casa:	
Ciudad, Estado, Zip:		Teléfono del Trabajo:	
Empleador:		Teléfono Celular:	
INFORMACIÓN DE SEGURO			
Seguro Primario:		Póliza / Suscriptor:	
Dirección:	Fecha de Nacimiento:		
Ciudad, Estado, Zip:	Identificación de Asegurada:		
Teléfono del Plan:	Número de Grupo:		
Fechas Efectivas:	Relación del Paciente con el Suscriptor:		
Seguro Secundario:		Póliza / Suscriptor:	
Dirección:	Fecha de Nacimiento:		
City, State, Zip:	Identificación de Asegurada:		
Plan Phone:	Número de Grupo:		
Fechas Efectivas:	Relación del Paciente con el Suscriptor:		
INFORMACIÓN VARIADA		INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
¿Cuál es el mejor número de teléfono para contactarlo?		Contacto de Emergencia:	
		Relación del Paciente con el Contacto:	
Autorizo a MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC a dejar un mensaje que contiene información médica detallada en el número mencionado anteriormente. _____ (Iniciales del Paciente)		Contacto Teléfono de casa: Contacto Teléfono del trabajo: Contacto Teléfono celular:	
Firma:		Fecha:	

MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC
7150 W 20th Ave. Suite 312, Hialeah, FL - 33016

Cuenta #: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ALERGIAS CONOCIDAS	
MEDICAMENTOS CONOCIDOS	
¿Cuál es el número de teléfono de su farmacia preferido? () _____ - _____	¿Quién te refirió a nosotros?: Por favor circule uno: Amigo/a Relativo Doctor Paciente Existente Seguro Otro (Por favor especifica) _____
AUTORIZACIONES MÉDICAS Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN	
AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS. Por la presente autorizo a MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC a proporcionar información a mi aseguradora acerca de enfermedades y tratamientos y por la presente MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC pagos por servicios médicos prestados a mi mismo o dependientes. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR SEGUROS.	
Firma _____ Fecha: _____	

Firma del paciente

Nombre del Paciente

Fecha

MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC
7150 W 20th Ave. Suite 312, Hialeah, FL - 33016

**AUTORIZACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO,
SUMINISTRO DE INFORMACIÓN Y PÓLIZA DE PAGO**

(Por favor lea cuidadosamente y firme abajo.)

Autorizo a la Práctica **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC**, para que le comunique a mi compañía de seguro médico, Medicare u otra tercera entidad pagadora toda la Información Personal de Salud que ellos soliciten (incluyendo, entre otros, información sobre condiciones psiquiátricas, anemia, abuso de alcohol y drogas, VIH u otras enfermedades contagiosas). Autorizo a la Práctica **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC**, para que le comunique toda la información médica al médico que me remite y a mi médico general (médico de familia). Autorizo a Consultorio Médico **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC**, para que contacte a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud y para que obtenga toda la información financiera pertinente relacionada con el cubrimiento y los pagos de acuerdo con mi póliza de salud. Le solicito a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud que le comunique toda esta información al Consultorio Médico **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC**.

Acepto que estas provisiones continuarán vigentes hasta que yo le envíe una revocación escrita a Consultorio Médico **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC**.

El Paciente o garante es responsable por cargos incurridos. Es una cortesía de la oficina reclamarle a su seguro médico, pero es responsabilidad del paciente pagar copagos o por ciento no cubiertos por su seguro médico.

- **ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE CONTACTARSE CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA OBTENER EL ALCANCE DE LA COBERTURA DE TODOS LOS SERVICIOS NO REALIZADOS O FACTURADOS POR LA OFICINA DE MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC.**
- **ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE OBTENER AUTORIZACIÓN Y/O REFERIDOS DEL MÉDICO PRIMARIO CUANDO SE NECESITE. SI EL PACIENTE REQUIERE DE UNA AUTORIZACIÓN Y/O REFERIDO Y NO LO OBTIENE, SERÁ RESPONSABLE DE LOS CARGOS INCURRIDOS POR LA VISITA MÉDICA Y DEBERÁ PAGAR EL MONTO TOTAL EL MISMO DÍA DE LA VISITA MÉDICA. Si no recibimos su pago en un tiempo razonable, su cuenta se pondrá en una agencia de colección la cual le cobrará a usted directamente y usted será responsable por los gastos incurridos de la agencia.**

Yo, firmo y autorizo lo siguiente:

1. Administración de tratamientos.
2. Examen médicamente indicado que incluye, pero no se limita a un examen pélvico
3. Administración de anestésicos necesarios.
4. Procedimientos necesarios o recomendados en el tratamiento del paciente.
5. Uso de medicamentos recetados.
6. Realizar procedimientos diagnósticos, exámenes, laboratorios necesarios.
7. Realizar laboratorios necesarios por el médico, la enfermera o un personal capacitado.

Entiendo en su totalidad que este consentimiento se me dará antes de ser examinado o tratado. El contenido de este Formulario será vigente hasta que usted haga una carta por escrita en la cual revoque el consentimiento. Yo firmo y autorizo a **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC**, a utilizar y proveer según sea necesario mi información para el propósito de tratamiento, pago y asuntos relacionados como se describe en la hoja de práctica de privacidad del paciente.

Una fotocopia de este consentimiento se considera tan válido como el original.

PACIENTES DE MEDICARE

Yo autorizo a proveer a la administración del seguro social o sus intermediarios la información necesaria para los reclamos del medicare. Yo consiento que los beneficios sean pagables a **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC**.

• Yo certifico que se me dio la lectura de práctica de privacidad. • Yo entiendo que si tengo preguntas o quejas debo contactar al oficial de la práctica de privacidad. • Yo certifico que he leído y entendido esta hoja informativa y su contenido.

.....
Nombre / Firma del Paciente

..... / /
Día de nacimiento del Paciente

Día de hoy..... / /

MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC
7150 W 20th Ave. Suite 312, Hialeah, FL - 33016

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre Paciente: _____ SS#: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____

Nombre del Centro de Salud / Médico del que se solicita los Registros:	
_____	Tel: _____ Fax: _____
(Nombre impreso)	
Dirección: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Días de Tratamiento Requeridos: _____ Motivo de la divulgación: _____	

INFORMACIÓN DE ENVÍO: **Dr. Guillermo Köhn MD, FACOG FACS / MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC.**
7150 W 20th Ave. Suite 312, Hialeah, FL-33016
FAX A: **305-694-9881 – para mas información llamar al 305-694-9800**

Por la presente autorizo al **Dr. Guillermo Köhn MD / MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC** para obtener la información de salud que se indica a continuación, que está contenida en mi registro del paciente al Receptor nombrado arriba. Entiendo y reconozco que esto puede incluir el tratamiento de la enfermedad física y mental, la información de las pruebas genéticas, abuso de alcohol / drogas, y o el VIH / SIDA resultados de las pruebas o diagnósticos. Esta autorización no incluye el permiso para liberar Notas ambulatorias de psicoterapia. La liberación de notas de psicoterapia requiere una autorización independiente. Notas de psicoterapia se definen como notas que documentan las sesiones privadas, conjunta, de grupo o de orientación familiar que están separados del resto de la historia clínica del paciente.

Chequea la caja

Record Completo	Reportes Radiológicos
Reportes de Laboratorio	Reportes Patológicos
Otros (Especificar)	

AUTORIZACIONES ESPECIFICAS

La siguiente información no será liberada a menos que lo autorice específicamente, marcando la casilla correspondiente (s) a continuación:

- Droga/ Abuso de Alcohol o Tratamiento HIV/ SIDA, Resultados de las pruebas o diagnósticos Información de test genético
 Notas de psicoterapia (la liberación de notas de psicoterapia requiere una autorización por separado)

Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción se ha tomado al respecto. Su cuidado de la salud (o el pago de atención) no se verán afectadas por sí o no firmar esta autorización. Una vez que su información médica se libera, nueva divulgación de su información de atención médica por parte del Receptor puede no estar protegida por la ley.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre impreso: _____ Relación si no es paciente: _____

** Si la firma no es del paciente, debe acompañar a la solicitud una copia de los documentos legales que verifiquen que es representante personal del paciente (es decir, guarda de la corte, poder notarial duradero para la atención de salud del mismo). Para un paciente fallecido: Un certificado de defunción junto con albacea o administrador de papeleo debe acompañar autorización. Excepción: la firma de los padres de los pacientes menores de 18 años. **Para un paciente fallecido, una entrada de corte u orden que nombra a un fiduciario, albacea o administrador o cartas de nombramiento recibidas de corte testamentaria debe acompañar una autorización firmada por la persona nombrada. Si la finca no se ha legalizado, un certificado de defunción se requiere, junto con los documentos de nombres del administrador o ejecutor de la finca.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE - DEPRESIÓN (PHQ-9)
(Lea detenidamente, llene el cuestionario y firme)

INSTRUCCIONES:

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?

		DE NINGÚN MODO	VARIOS DÍAS	Más de la mitad LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
1	Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3
3	Problemas para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado	0	1	2	3
4	Se siente cansado o tiene POCA ENERGÍA	0	1	2	3
5	Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentirse mal consigo mismo, o que usted es un fracaso o se siente usted mismo o su familia defraudado	0	1	2	3
7	Problemas para concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8	¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas pueden darse cuenta? O lo contrario, al estar tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9	Pensamientos que usted estaría mejor muerto, o de hacerse daño a usted mismo	0	1	2	3

.....
FIRMA DEL PACIENTE

..... / /
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

..... / /
FECHA DE HOY

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EXAMENES INTEGRALES
INVOLUCRANDO PELVIS Y / O RECTUM**

Entiendo el procedimiento planificado y doy mi consentimiento para un examen físico médicamente indicado que puede incluir, entre otros, lo siguiente:

- (x) Un examen ginecológico femenino que puede incluir un examen rectal y un examen pélvico
- (x) Un examen de ultrasonido que puede incluir una sonda colocada en la vagina.
- () Solo un examen rectal
- () Un examen de ultrasonido que puede incluir una sonda colocada en el recto.
- () Otros procedimientos enumerados _____
- () Examen de genitales externos _____

Este examen será realizado por cualquier proveedor de **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC**.

El consentimiento permanecerá activo hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente

o representante del paciente si es menor de 18 años

Fecha:

POLÍTICA DE CANCELACIÓN TARDÍA,

SIN CONFIRMACIÓN, O NO SE PRESENTA A SU CITA

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, es su responsabilidad cancelar su cita. Debe proporcionar un aviso, los últimos 2 días hábiles antes de la visita. **El Doctor reservó su tiempo para ti ese día. Cada vez que un paciente pierde una cita, se impide que otro paciente reciba atención.** Por lo tanto, SI NO HAY CONFIRMACIÓN, CANCELACIÓN TARDÍA, O NO SE PRESENTA A SU CITA DESPUÉS DE LA CONFIRMACIÓN, **MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC** se reserva el derecho de cancelar su cita y se aplicará una tarifa de **\$40**.

Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Thank you for your understanding and cooperation as we strive to best serve the needs of all of our patients.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta política.

.....

Firma

.....

Fecha: