

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:
Cuidad	Estado	Código Postal	Edad:		
Correo Electrónico **Muy Importante para Notificaciones, Alertas y Portal del Paciente**			Cellular:		¿Tiene Hecho Testamento en Vida? Si [] No []
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 [] Conjuge [] Padre//Guardian []		Asegurado Principal Fecha de Nacimiento ____/____/____	Asegurado Principal # S.Social
Asegurado Principal Nombre Del Empleador				Asegurado Principal Ocupación	
Nombre del Conjuge, 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

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

Fecha

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: _____ Número de Teléfono adicional# _____

Nombre: _____ Teléfono # _____

Relación: _____ Numero de Teléfono adicional# _____

SOLO PARA USO INTERNO

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
- u Otra _____

Fue intentado por: _____
[Personal de la Oficina]

AVISO sobre Prácticas de Privacidad

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

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

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

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



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

La oficina del **Dr. Andres Patron** agradece la confianza que usted ha depositado en nosotros para atender sus necesidades de salud.

Yo, _____, autorizo al **Dr. Andres Patron y Patron Medical**, a través de su personal autorizado, a realizar o coordinar evaluaciones médicas, pruebas y tratamientos que se consideren necesarios para mí o para el paciente mencionado.

Entiendo que los servicios prestados implican una **responsabilidad financiera** de mi parte. Como cortesía, nuestra oficina verificará su cobertura de seguro y presentará reclamaciones a su aseguradora. Sin embargo, entiendo que **la verificación de beneficios no garantiza el pago**, y soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi seguro.

Autorizo a **Patron Medical** a divulgar la información necesaria para procesar mis reclamaciones y asignar beneficios. Si mi aseguradora no responde, niega el pago o no cubre ciertos servicios, entiendo que seré **facturado directamente**. También soy responsable de **deducibles, copagos y seguro compartido** según mi plan.

Los saldos deben pagarse dentro de **treinta (30) días** de la factura. Los saldos mayores de 30 días pueden acumular **18% de interés anual**, y cuentas con más de **90 días** pueden ser enviadas a colección con cargos adicionales. Acepto pagar los **intereses, costos de cobro y honorarios legales permitidos** para recuperar cualquier saldo pendiente.

Declaro que **he leído, entiendo y acepto** estos términos.

Firma del Paciente / Garante: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____



Patron Medical

Yo, _____, autorizo a la Oficina del Dr. Andres Patron y a sus proveedores a acceder y revisar mi historial externo de recetas médicas a través del sistema SureScripts EMR RxHub.

Esta autorización permite obtener mi historial de medicamentos de farmacias, compañías de seguros y otros proveedores de salud involucrados en mi atención médica. Esta información ayuda a mantener una lista de medicamentos correcta y actualizada y a reducir errores de medicación o reacciones adversas.

Entiendo que este historial puede incluir información de proveedores, farmacias y aseguradoras no afiliadas y podrá ser revisado por proveedores y personal autorizado de la oficina del Dr. Andres Patron para fines relacionados con mi atención médica.

Al firmar, confirmo que he leído y entiendo esta autorización y doy mi consentimiento para el acceso a mi historial de recetas.

Firma: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Correo Electrónico: _____

Persona que Toma Decisiones Médicas

NSDM (Persona que toma sus propias decisiones médicas): Usted toma sus propias decisiones médicas.

¿Es usted quien toma sus propias decisiones médicas? _____ (Por favor responda Sí o No)

SDM (Representante para decisiones médicas): Usted ha designado a otra persona para tomar decisiones médicas por usted si es necesario.

¿Tiene un representante legal para tomar decisiones médicas por usted? _____

(Por favor responda Sí 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. / Patron Medical

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 Screen
Consultation/Counseling	EKG/EEG	Mammo
Narrative Summary	Treatment Plan	Colo Kit/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

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS – CARGO DE \$50 POR AUSENCIA

Nuestra oficina programa citas para garantizar que cada paciente reciba el tiempo y la atención adecuada del médico y del personal. Debido a que cada cita se reserva exclusivamente para usted, le pedimos que **llegue a tiempo y mantenga su cita programada.**

Como cortesía, podemos enviar **recordatorios de citas por mensaje de texto, correo electrónico o llamada telefónica**, si tenemos su información de contacto actualizada. Sin embargo, **es responsabilidad del paciente cancelar o reprogramar su cita.**

Aviso de 24 Horas

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, debe notificar a nuestra oficina **con al menos 24 horas de anticipación.**

Cargo de \$50 por Ausencia

Las citas **no canceladas o reprogramadas con al menos 24 horas de anticipación** tendrán un **cargo de \$50.00 por ausencia (No-Show)** aplicado a la cuenta del paciente. Este cargo **no es cubierto por el seguro y es responsabilidad del paciente.**

Definiciones

- **Ausencia (No-Show):** No presentarse a una cita programada.
- **Cancelación el mismo día:** Cancelar con **menos de 24 horas de anticipación.**
- **Ausencias repetidas** pueden resultar en **limitación de futuras citas o baja de la práctica.**

Reconocimiento

Confirmando que he leído y entiendo la **Política de Cancelación de Citas y el cargo de \$50 por ausencia.** Entiendo que, si no cancelo o reprogramo mi cita con **al menos 24 horas de anticipación**, se aplicará un **cargo de \$50.00 a mi cuenta**, el cual **no puede facturarse a mi seguro médico.**

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____