

Información del Paciente

Nombre(s) y Apellido(s) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Si usted vive fuera del estado, ¿cuál es la dirección que debemos seguir?

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono celular _____ Teléfono alternativo _____

No. de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____

Correo Electrónico _____

Empleador _____

Teléfono de empleador _____

Dirección del lugar de empleo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Cónyuge/pareja _____ Empleador _____

Contacto de Emergencia _____

Teléfono de emergencia _____

¿Qué ubicación de consultorio médico en la Florida prefiere?

Cutler Bay

Aventura

Miami Lakes

Lauderhill

Margate

Deerfield Beach

Boynton Beach

Greenacres

Wellington

West Palm Beach

Jupiter

Port St. Lucie -East

Port St. Lucie -West

Kissimmee (BVL)

Kissimmee (Central)

Haines City (Patterson)

Haines City (Ingraham)

Tampa (Hillsborough)

Tampa (Cypress)

Clearwater

Estado Civil (Seleccione el que aplique)

Soltero(a)

Separado(a)

Viudo(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Otr

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Seguros	
<input type="checkbox"/> TV/comercial	<input type="checkbox"/> Familia/Amigos	

Persona responsable financieramente

Nombre y Apellido(s) _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Celular _____ Teléfono alternativo _____ No.Seguro Social _____

Empleador _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Licencia _____

Cónyuge/Pareja _____ Empleador _____

¿Es esta persona actualmente un paciente de nuestra práctica? SÍ NO

Información sobre su seguro médico

Compañía de seguro: _____ Teléfono del seguro: _____

Número de Póliza: _____ Número de grupo: _____

No.Seguro Social de la persona titular del seguro _____

Empleador _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Authorization for Release of Information (ROI)

I hereby give my permission to:

_____ to release a copy of the specific information/documents listed: _____

- Drug Abuse Psychiatric/Psychological HIV/AIDS Alcohol Abuse

_____(Initial Here) I hereby release the facility from any liability which may arise as a result of the use of the information contained in the records released.

MedFlorida Medical Centers

1950 W Hillsboro Blvd., Suite 103
Deerfield Beach, FL 33442

- Phone:** (954) 406-6080
 Fax: (561) 774-8576

For the purpose(s) of Alcohol & Drug abuse clients only:

This is a _____ single disclosure or a _____ continuing disclosure for 1 year. *(Please check one)* Date on which consent is given: _____

Release Expiration Date: _____

(Consent is subject to revocation at any time.)

PRINT NAME OF PATIENT: PATIENT DATE OF BIRTH:

SIGNATURE OF PATIENT: X _____

SIGNATURE OF GUARDIAN: _____

SIGNATURE OF WITNESS: _____

To Receiving Agency: Prohibition of redisclosure! This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected. Any further redisclosure is prohibited unless the patient provides specific written consent for the subsequent disclosure of this information.

Médico de Familia y/o médico de Atención Primaria previo:

Nombre y Apellido:

Número de teléfono y dirección:

Medicamentos (por favor traiga todos sus medicamentos a la cita)

Lista de todos los medicamentos que esté tomando: _____

Nombre de su Farmacia: _____ Teléfono: _____

Fecha del último examen físico: _____ Fecha de última mamografía (si aplica) _____

Fecha de última Colonoscopia (Si aplica) _____

Fecha de la última radiografía de tórax: _____

Normal Anormal Nunca No recuerdo

Fecha del último electrocardiograma (EKG o ECG): _____

Normal Anormal Nunca No recuerdo

Fecha de la última revisión dental: _____

Normal Anormal Nunca No recuerdo

Lista de otros médicos/especialistas o pruebas de diagnóstico que usted ha tenido en los últimos dos años:
(incluir fechas) _____

Lista de todas sus hospitalizaciones, incluyendo las fechas y los motivos de hospitalización:

Lista de las alergias que usted padece (incluyendo a medicamentos): _____

Antecedentes médicos

Marque con una X las enfermedades que ha padecido, de lo contrario deje el cuadro en blanco.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco¿Hace cuantos años? _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes o anomalías de azúcar en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Flebitis (inflamación de una vena) |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Mareos o Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de las arterias | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Infarto/embolia(derrame cerebral) |
| <input type="checkbox"/> Arritmias del corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, Cual?:_____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones Sanguíneas | <input type="checkbox"/> Tendencia al sangrado |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> SIDA o HIV |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problema de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Venas varicosas | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades pulmonares (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) |
| <input type="checkbox"/> Artritis de las piernas o los brazos | |

Comentarios: _____

Historia Médica Familiar

Padre: Vivo Edad actual _____ Fallecido Edad de fallecimiento _____

Enfermedades conocidas: _____

Madre: Viva Edad actual _____ Fallecido Edad de fallecimiento _____

Enfermedades conocidas: _____

Hermanos:

Número de hermanos _____ Número de hermanas _____ Enfermedades conocidas: _____

Enfermedades Familiares

¿Algún miembro de su familia padece de problemas de salud (incluyendo los abuelos, las tías y los tíos, pero excluyendo primos y parientes por matrimonio)?

Indique cual de las siguientes corresponde.

- Ataques cardíacos menores de 50 años, parentesco? _____
- Infartos menores de 50 años, parentesco? _____
- Presión arterial alta, parentesco? _____
- Colesterol elevado, parentesco? _____
- Diabetes, parentesco? _____
- Asma o fiebre del heno, parentesco? _____
- Enfermedad cardíaca congénita (no hereditario), parentesco? _____
- Operaciones de corazón, parentesco? _____
- Glaucoma, parentesco? _____
- Obesidad (20 o más libras de sobrepeso), parentesco? _____
- Leucemia en familiares menores de 60 años, parentesco? _____
- Cáncer, que tipo de cáncer, parentesco? _____

Comentarios: _____

Antecedentes quirúrgicos personales (favor indicar fechas).

Fuma (Si marca NO, por favor pasar a la sección de alcohol) Sí _____ No _____

¿Alguna vez ha fumado cigarrillos, pipa o cigarros?: Sí _____ No _____

¿Si usted fuma o fumó cigarrillos, cuantos al día? _____ A qué edad empezó? _____

¿Si usted fuma o fumo cigarros, cuantos al día? _____ A qué edad empezó? _____

¿Si usted fuma o fumo pipa, cuantas al día? _____ A qué edad empezó? _____

¿Si usted ha dejado de fumar, desde cuándo? _____

Alcohol

¿Alguna vez ha consumido bebidas alcohólicas? Sí

No

Si su respuesta es SI, cual es la cantidad aproximada de bebida?

Cerveza:

Ninguno Ocasionales A menudo, ____ cuantas bebidas por semana

Vino:

Ninguno Ocasionales A menudo, ____ cuantas bebidas por semana

Licor

Ninguno Ocasionales A menudo, cuantas bebidas por semana

¿Alguna vez en el pasado, usted ha sido un tomador fuerte (consumió más de 1 vasos de licor fuerte al día)?

Sí _____ No _____

Comentarios: _____

Política Financiera/ Asignación de Beneficios/ Consentimiento para el tratamiento

Esta política ha sido establecida para ayudarnos a ofrecerle un mejor servicio.

Es necesario para nosotros programar las citas para atender a nuestros pacientes lo más eficientemente posible. La inasistencia (o ausencia) y las cancelaciones tardías causan problemas que van más allá de un impacto financiero a nuestra compañía. Cuando se programa una cita y no atiende, le quita la oportunidad a otro paciente de recibir asistencia médica. Si usted no se presenta o no cancela su cita oportunamente se retrasa la atención médica a otros pacientes, algunos de los cuales están bastante enfermos.

El termino “NO SHOW” significa no asistir a una cita programada. El término “Late cancellation” significa no cancelar la cita con 24 horas de anticipación. Entendemos que a veces surgen situaciones como emergencias personales que impiden asistir a una cita y no es posible notificarlo previamente. Estas situaciones serán consideradas caso por caso.

El pago de los servicios se deben realizar en el momento de la consulta. Formas de pago que se aceptan en la oficina: Efectivo, American Express, MasterCard, Visa y Discover.

Nos complace ayudarlo a procesar su reclamo de seguro, sin embargo, la cobertura del seguro es un contrato entre el paciente y su compañía de seguro por lo tanto usted es el único(a) responsable del pago de su factura. Si el paciente desea pagar su factura con un cheque personal, recuerde que la penalidad por cheques sin fondos es de \$25.00.

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE

- Entiendo que deberé pagar de mi bolsillo los gastos de cobranza razonables sino pago oportunamente mi póliza. Si es necesario iniciar una acción legal para intentar cobrar saldos pendientes, acepto que soy responsable de todos y cada uno de los honorarios de abogados, costos judiciales y cualquier otro costo que se considere razonable que pueda ser permitido por la Corte.
- Por la presente autorizo y ordeno a mi compañía de seguros que pague a mis médicos, proveedores y/o asociados por los servicios prestados y reconozco que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos por el seguro medico. Además autorizo a mi proveedor compartir información necesaria con mi compañía de seguros para procesar mis reclamos. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original. Certifico que las preguntas en este formulario las he respondido con precisión Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio de mi médico de cualquier cambio en mi estado de salud. Por la presente autorizo al personal médico a prestar los servicios necesarios que pueda necesitar.
- Certifico que leí y entendí la anterior Política Financiera/Asignación de beneficios/ Consentimiento para el tratamiento/ y acepto todos los términos como se indica anteriormente. Entiendo que es completamente mi responsabilidad verificar mi cobertura médica con la compañía de seguros HMO o PPO, Medicare/Medicaid u otros programas de beneficios, y que soy el responsable final del pago total de cualquier saldo pendiente.

Firma del Paciente/ persona responsable.

Fecha

Autorización para divulgar información a la que se accederá

Por la presente otorgo mi permiso a: _____
para divulgar copia de mi información específica ó documentos listados: _____

Para propósito(s) de *Alcohol y de abuso de Drogas solamente*:
Esto es _____ una divulgación única ó _____ una divulgación continua por 90 días (*verificar fecha*)
Fecha de consentimiento: _____
Fecha de vencimiento del consentimiento: _____
(*La fecha de autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte receptor.*)

Abuso de Drogas Psiquiátrico/psicológico VIH Abuso de Alcohol

___ (*Sus iniciales aqui*) Por la presente libero a este centro médico de cualquier responsabilidad legal que aparezca como resultado de uso de esta información contenida en la divulgación de mi información.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL TUTOR: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____

To Receiving Agency: Prohibition of Redislosure! This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected. Any further redislosure is strictly prohibited unless the patient provides specific written consent for the subsequent disclosure of this information.

Consentimiento de Mensajes Telefónicos

Los médicos y miembros del personal, a veces, tienen la necesidad de ponerse en contacto con el paciente. Al menos que tengamos permiso por escrito del paciente, no haremos lo siguiente:

- ✓ Dejar mensajes con otra persona que no sea el paciente o tutor legal.
- ✓ Dejar información en una grabadora de mensajes.
- ✓ Dejar información en el buzón de voz, mensajes, correo electrónico y/o fax.

Por favor lea a continuación y considere cuidadosamente aquella persona a la cual le permitiría tener acceso de su información médica.

Yo _____ doy permiso a MedFlorida Medical Centers para dejar mensajes de teléfono, enviar correos electrónicos y mensajes de texto o fax con respecto a mi atención médica y resultados de laboratorio. Como también dejar información con respecto a cambios de dirección, horarios de oficinas e información mercadotécnica. Comprendo plenamente que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Mi teléfono celular: (_____) _____ Iniciales _____

Mi contestador automático/correo de voz: (____) _____ Mi _____ Iniciales _____

oficina/correo de voz del trabajo: (_____) _____ Iniciales _____

Mi dirección de correo electrónico: _____ Iniciales _____

Mi fax: (_____) _____ Iniciales _____

Mi atención médica puede ser discutida con la(s) siguiente(s) persona(s):

_____ : _____ (____)-_____ Iniciales _____
 Relación Nombre de la Persona Teléfono

_____ : _____ (____)-_____ Iniciales _____
 Relación Nombre de la Persona Teléfono

 Firma del paciente o tutor

Aviso de Prácticas de Privacidad

Tengo entendido que, en virtud de “Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA)”, yo tengo ciertos derechos a la privacidad en cuanto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información podrá ser y será utilizada para:

- ✓ Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de servicios de salud que pueden estar involucrados en dicho tratamiento directa e indirectamente.
- ✓ Obtener el pago de terceros pagadores.
- ✓ Realizar operaciones de cuidado de la salud, tales como evaluaciones de la calidad y certificaciones médicas.

He sido informado de “Aviso de Prácticas de Privacidad” que contiene una descripción más completa de los usos y difusión de mi información de salud. Me han provisto el derecho de revisar, en el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que MedFlorida Medical Centers tiene el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad, por lo cual puedo entrar en contacto con su oficina por teléfono o en persona en cualquier momento, para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad: 3889 Military Trail, Jupiter, Florida 33458.

Doy por entendido que puedo pedir por escrito las restricciones en que mi información privada se utiliza o se difunde para llevar a cabo un tratamiento, pago u operaciones de atención del cuidado de la salud. Entiendo también que MedFlorida Medical Centers no acepte mis restricciones, en caso de si hacerlo, está obligado a acatar las mismas.

Nombre del paciente: _____

Relación al paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso de la oficina

Hemos tratado de obtener la firma del paciente en reconocimiento de este Aviso de Prácticas de Privacidad, la cual no pudo ser documentada.

Fecha inicial: _____ Motivo: _____

POLITICA DE REMISIONES

La mayoría de las compañías de seguros de salud requieren remisiones para asegurarse de que los pacientes estén viendo a los proveedores correctos para los problemas correctos. Si no se obtiene la remision/referido necesario antes de ver a un especialista, puede que la cobertura no se aplique a una visita o servicio y los costos se transfieran directamente al paciente. El propósito del proceso de remisiones es proporcionar atención rápida y adecuada según lo definido por el PCP en las instalaciones / proveedores apropiados dentro de la red de la compañía de seguros.

Tenga en cuenta que si su seguro es un "tipo de plan HMO", no puede visitar a un especialista u obtener una prueba de imagen diagnostica o procedimiento sin tener una AUTORIZACIÓN DE SEGURO emitida por su plan. Nosotros, como consultorio del PCP, revisamos sus políticas de remisiones y determinaremos si el servicio es "médicamente necesario" y procesaremos una referencia / autorización en consecuencia.

La determinación de si un beneficio o servicio cubierto es médicamente necesario requiere el cumplimiento de los **requisitos establecidos en el Código Administrativo de Florida, Capítulo 59G - 1.010.**

Para ser médicamente necesario un "beneficio cubierto" deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- ✓ Ser necesario para proteger la vida, para prevenir enfermedades importantes o discapacidades significativas, o para aliviar el dolor intenso.
- ✓ Sea individualizado, específico y consistente con los síntomas o confirme el diagnóstico de la enfermedad o lesión bajo tratamiento, y no exceda las necesidades del paciente.
- ✓ Sea coherente con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados según lo determine el programa, y no sea experimental ni de investigación.
- ✓ Reflejar el nivel de servicio que se puede proporcionar de manera segura y para el cual no hay un tratamiento igual de efectivo y más conservador o menos costoso disponible en todo el estado.
- ✓ Ser provisto de una manera no destinada principalmente para la conveniencia del destinatario, el cuidador del destinatario o el Proveedor.

*** NO HAGA CITAS CON ESPECIALISTAS O IMAGENES DIAGNOSTICAS HASTA QUE EL SEGURO HAYA PROPORCIONADO UNA REMISION O AUTORIZACIÓN** (esto puede demorar hasta 2 semanas).

**** SI USTED ES UN PACIENTE NUEVO ** POR FAVOR LLÁMENOS 5 DÍAS ANTES PARA NOTIFICARNOS SOBRE CUALQUIER CITA PENDIENTE, YA QUE NECESITAMOS REUNIR TODOS SUS REGISTROS MÉDICOS ANTERIORES PARA PODER PROCESAR CUALQUIER REMISION.**