



INFORMACION DEL PACIENTE

(Por favor letra de molde)

Fecha: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono de casa: _____

Nombre: _____ S.S. #: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Email: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Soltero Casado Divorciado Viudo

Empleo del paciente: _____ Ocupación: _____ Raza _____ Etnicidad _____

Dirección de empleo: _____

Nombre Farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección de Farmacia: _____ Ciudad: _____ Código Postal _____

Persona de contacto en caso de emergencia? _____ Teléfono: _____

Familiar más cerca de usted: Nombre: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Quien lo refirió a nuestra oficina: _____

Testamento Yes No

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable: _____ S.S. #: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Compañía de seguro: _____

Dirección del seguro: _____

Numero de contrato: _____ # de grupo: _____ #suscriptor: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con _____

Nombre compañía (s) de Seguro

y asigno a Best Value Healthcare, LLC. Todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

Firma _____ Fecha: _____



Formulario Autorización de Privacidad HIPAA

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, 45 CFR Partes 160 y 164)

1 . Autorización

Autorizo a Best Value Healthcare LLC usar y divulgar la información protegida de la salud descrita a continuación para

2. Período de vigencia

Esta autorización para la divulgación de la información abarca el período de cuidado de la salud a partir de:

a. _____ Al _____ .

b . todos los periodos pasados, presentes y futuros.

3 . Alcance de la autorización

a . Autorizo la divulgación de mi registro completo de salud (incluyendo los registros relativos a la salud mental y tratamiento de abuso de alcohol o drogas) .

b . Autorizo la divulgación de mi historia clínica completa , con excepción de las siguientes informaciones:

Registros de salud mental

El tratamiento de abuso de alcohol / drogas

Otros (especificar) : _____

4 . Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para recibir esta información para el tratamiento o consulta médica , de facturación o reclamaciones de pago, o para otros fines especificados por mi.

5 . Esta autorización tendrá vigencia y efecto hasta _____ (fecha o evento) , momento en que esta autorización expira.

6 . Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización , por escrito, en cualquier moment, entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que ya ha actuado en concordancia con mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación .

7 . Entiendo que mi tratamiento , pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados si no firmo esta autorización.

8 . Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el recipiente y ya no podría ser protegida por la ley federal o estatal.

X _____

Firma del representante del paciente o personal

X _____

Nombre completo del representante del paciente o personal y su relación con el paciente Fecha



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Con mi consentimiento, Best Value Healthcare, LLC puede usar y divulgar información de salud protegida (PHI) correspondiente a mí para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Por favor, consulte, las pólizas de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de tales usos y divulgaciones.

Con mi consentimiento, Best Value Healthcare, LLC puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a los elementos que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier otro perteneciente a mí atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Best Value Healthcare, LLC puede enviar por correo a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a los elementos que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de los pacientes siempre y cuando están marcados personal y confidencial.

Con mi consentimiento, Best Value Healthcare, LLC pueden enviar un correo a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente.

Tengo el derecho de solicitar que Best Value Healthcare, LLC restringir la forma en que los usuarios o divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no se requiere estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Por favor escribir otras formas de comunicación o cualquier otra persona con la que Best Value Healthcare, LLC:

[] NO PUEDEN comunicarse en relación con la información del paciente de la salud personal.

[] PUEDEN comunicarse en relación con la información del paciente de salud personal.

Al firmar este formulario, estoy consintiendo a Best Value Healthcare, LLC uso y revelación de mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, salvo que la práctica ya ha hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Best Value Healthcare, LLC podrá negarse a brindar tratamiento a mí.

Firma del paciente: _____ Nombre del paciente: _____

Nombre del tutor _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____



AUTORIZACION PARA LIBERAR Y OBTENER HISTORIAL MEDICO

Paciente, Nombre (LETRA DE MOLDE) _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Por la presente autorizo a _____
Nombre y dirección del hospital / médico / Fondo _____

Para liberar la información que se especifica a continuación de mis registros médicos que cubren las fechas de servicio entre _____ y _____. Esta información médica debe ser puesto en libertad al médico se enumeran a continuación:

BEST VALUE HEALTHCARE, LLC

<input type="checkbox"/> 3102 West Cypress St, Unit A Tampa, FL 33607 Phone (813) 875-3444 Fax (813) 878-2110	<input type="checkbox"/> 5110 N Habana Ave. Ste 2 Tampa, Florida 33614 Phone (813) 315-9896 Fax (813) 662-1166	<input type="checkbox"/> 1783 S. Kings Ave. Brandon, FL 33511 Phone (813) 315-9896 Fax (813) 662-1166
<input type="checkbox"/> 7926 W. Hillsborough Ave. Suite A Tampa, FL 33615 Phone (813) 315-9896 Fax:(813)662-1166	<input type="checkbox"/> 13020 Park Blvd Seminole, FL33776 Phone (727) 393-3404 Fax (727) 392-3663	<input type="checkbox"/> 3800 East Bay Drive Largo, FL 33776 Phone (727) 539-0505 Fax (727) 538-0067
<input type="checkbox"/> 1305 S. Fort Harrison Ave Clearwater, FL 33756 Phone (727) 223-3650 Fax:(727) 223-5370	<input type="checkbox"/> 1713 US Highway 441,Ste D Okeechobee, FL 34972 Phone (863) 467-1117 Fax (863) 467-2775	<input type="checkbox"/> 2100 45th Street West Palm Beach, FL 33407 Phone (561) 471-9484 Fax (561) 471-9555
<input type="checkbox"/> 10281 Sunset Drive, Ste 101 Miami, FL 33173 Phone (305) 596-5656 Fax (305) 596-5233	<input type="checkbox"/> 215 W. 49th Street Hialeah, FL 33012 Phone (305) 557-8444 Fax (305) 557-5058	<input type="checkbox"/> 2150 W. 76th St, Ste 110 Clearwater, FL 33756 Phone (305) 821-9791 Fax:(305) 827-6783
<input type="checkbox"/> 2382 Griffin Rd Lakeland FL 33810 Phone: 863-225-2627 Fax: 863-606-6011	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque los artículos que son publicados:

- Mas recientes visitas
- Reportes de Consultas
- Otros _____
- Vacunas
- Laboratorios
- Visitas Medicas
- Rayos X

El paciente, el AM se requiere autorización expresa para liberar ciertos tipos de registros, incluyendo el alcohol y / o tratamiento del abuso de drogas y la información, pruebas y tratamiento del VIH, y tratamiento psiquiátrico. Para autorizar la divulgación de esta información, por favor lea y firme lo siguiente:

Yo, _____, autorizo la entrega de alcohol y / o tratamiento del abuso de drogas y la información. Florida el Estatuto 397.053 y 396.112 y el alcohol federal y del Abuso de Drogas Ley de protección de confidencialidad.

Yo, _____, autorizo la divulgación de resultados de la prueba del VIH y / o información del tratamiento del VIH, el SIDA. La confidencialidad está protegida por el Estatuto de Florida 381.609 (2).



Yo, _____, autorizo la divulgación de información psiquiátrica. Estatuto FL 394.459 (g) protege la confidencialidad.

Al autorizar la liberación de la información confidencial identificado anteriormente, la presente renuncio a todas las restricciones o privilegios impuestos por la ley y la liberación de los Centros Best Value Healthcare, LLC, y su personal de cualquier restricción o privilegio impuestas por la ley en relación con la comunicación o distribución de cualquier profesional registro, la observación, o la comunicación. Entiendo que la información que se publica puede ser sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y no podrán ser protegidos.

Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto que los Centros de Best Value Healthcare, LLC ya ha tomado acciones de seguridad en él. Cartas de revocar esta autorización deberán dirigirse al Best Value Healthcare, LLC, y 1305 S Ft Harrison Ave, Clearwater, FL 33756 Si no se revoca previamente por escrito, esta autorización no han fecha de caducidad.

Firma del Paciente de la relación Representante Autorizado para el paciente

Fecha



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

continúa en la próxima página

Solicitar que no compartamos ni utilizamos la información que nos proporciona

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: *Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: *Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: *Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
-

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
-

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
-

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
-

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
-

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares
-

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.



Acuse de Recibo del Aviso de prácticas de privacidad y portabilidad del seguro médico y Accountability Act (HIPAA):

Yo declaro que he recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad y portabilidad del seguro médico y Accountability Act (HIPAA) y que cualquier pregunta que he tenido con respecto a este aviso ha sido contestada a mi entera satisfacción.

_____ Date _____
_ Patient Name (Please print)

_ Patient/Legal Guardian Signature

_____ Date _____

_ Care Team Member & Title



Directivas por anticipado de cuidado médico

Testamento en vida

Declaración hecha hoy día _____ de _____ de 2____. Yo, _____, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi proceso de fallecimiento no se prolongue artificialmente en las circunstancias descritas a continuación y por este medio declaro que, si en cualquier momento quedo mental o físicamente incapacitado y

- o _____(iniciales) tengo una condición terminal,
- o _____(iniciales) tengo una condición en las etapas finales,
- o _____(iniciales) me encuentre en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico que me está atendiendo o proporcionando tratamiento y otro médico consultor han determinado que no existe probabilidad médica razonable que me recupere de dicha condición, ordeno que se retengan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o cualesquiera procedimientos médicos que se consideren necesarios para proporcionarme comodidad o para aliviar el dolor.

Deseo ____, No deseo ____ que se me retenga la nutrición y la hidratación (alimentación y agua) cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar un consentimiento expreso e informado con respecto a retener, retirar o continuar los procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre _____
 Dirección de la calle _____
 Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Entiendo la importancia plena de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

(Firmado y Fecha) _____

Testigo _____



Directivas por anticipado de cuidado médico

Designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico

Nombre: _____

En caso de que se haya determinado que no tengo la capacidad para proporcionar un consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar como mi sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico a:

Nombre _____

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus deberes, deseo designar como mi sustituto alterno a:

Nombre _____

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Entiendo completamente que esta designación le permitirá a la persona que he designado tomar decisiones y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; o solicitar beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado médico; y autorizar mi admisión o transferencia de una instalación de cuidado médico.

Instrucciones adicionales (opcional):

Afirmo, además, que esta designación no se hace como una condición del tratamiento o la admisión a una instalación de cuidado médico. Notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas además de a mi sustituto, de manera que puedan saber quién es mi sustituto.

Nombre _____

Nombre _____

Firmado _____

Fecha _____

Testigo _____

Acuerdo de Dolor Para el Tratamiento del Control del Dolor con Medicamentos Narcóticos

Yo, _____ Entiendo y voluntariamente acepto que:
(Nombre)

(Ponga su Inicial en cada declaración después de revisar)

- _____ El dolor que está sintiendo puede ser ayudado con el uso de medicamentos narcóticos para el dolor. Un médico puede recetarle medicamentos narcóticos apropiados para su tipo específico de dolor. Los medicamentos narcóticos para el dolor pueden:
- a. Se vuelven ineficaces con el tiempo.
 - b. Crea hábito o causa adicción
 - c. Causa estreñimiento severo que requiere el uso frecuente de laxantes.
 - d. Interfiere con tu habilidad para operar maquinaria compleja. Se recomienda que no conduzca un automóvil u operar maquinaria como herramientas eléctricas mientras toma medicamentos narcóticos.
- _____ *Entiendo que tengo un problema de dolor crónico que actualmente requiere la prescripción de medicamentos narcóticos para el dolor, para aliviar el dolor y mejorar mi capacidad funcional. Los riesgos, beneficios y alternativas de la medicación han sido discutidos conmigo por el médico en detalle, incluidos, entre otros, la dependencia de drogas, la depresión respiratoria, la depresión cardiovascular, el daño al hígado y / o al riñón, etc.*
- _____ Mantendré y estaré a tiempo para todas mis citas programadas con los médicos y otros miembros de mi equipo de tratamiento.
- _____ Participaré en todos los otros tipos de tratamiento en los que me pidan que participe.
- _____ Mantendré la medicación segura, fuera del alcance de los niños. Si se pierde o se roban el medicamento, entiendo que no se reemplazará hasta mi próxima cita programada y que puede que no se reemplace en lo absoluto.
- _____ Tomaré mi medicamento según las instrucciones y no cambiaré la forma en que lo tomo sin antes hablar con el médico u otro miembro del equipo de tratamiento. Si es necesario, acepto realizar pruebas aleatorias de orina y sangre para evaluar mi sangre.
- _____ No llamaré entre citas, por la noche o los fines de semana en busca de resurtidos. Entiendo que las recetas se surtirán solo durante las visitas programadas al consultorio con el equipo de tratamiento.
- _____ Me aseguraré de tener una cita para recargas. Si tengo dificultades para hacer una cita, avisaré a un miembro del equipo de tratamiento de inmediato.
- _____ Trataré al personal de la oficina con respeto en todo momento. Entiendo que si no respeto al personal o interrumpo la atención de otros pacientes, mi tratamiento se suspenderá.
- _____ No venderé ningún medicamento ni lo compartiré con otros. Entiendo que si lo hago, mi tratamiento se detendrá.
- _____ Firmaré un formulario de autorización que le permita a mi médico hablar u obtener registros de todos los demás médicos o proveedores que atiendo.
- _____ Le avisaré al médico sobre cualquier otro medicamento que tome y le aconsejaré de inmediato si tengo alguna nueva receta para medicamentos.
- _____ Usaré solo una farmacia para obtener todos mis medicamentos: _____
(Nombre de la farmacia / número de teléfono / ubicación)
- _____ Renuncio a mi derecho a la privacidad con respecto a estos medicamentos. Mi médico puede comunicarse con cualquier proveedor de atención médica, autoridad legal o farmacia para obtener o proporcionar información sobre mi atención.
- _____ No obtendré medicamentos narcóticos para el dolor u otros medicamentos que puedan ser adictivos, como las benzodiazepinas (klonopin, xanax, valium) o los estimulantes (ritalina, anfetamina) sin avisar a un miembro del equipo de tratamiento antes de recoger esa receta. Entiendo que la única excepción a esto es si necesito analgésicos para una emergencia durante la noche o los fines de semana.
- _____ No consumiré drogas ilegales como heroína, cocaína, marihuana o anfetaminas. Entiendo que si lo hago, mi tratamiento puede ser suspendido.



- _____ Iré para las pruebas de drogas y para contar mis píldoras dentro de las 24 horas de haber sido contactado. Entiendo que debo asegurarme de que la oficina tenga información de contacto actualizada para poder contactarme. Las pruebas de drogas faltantes se considerarán positivas para las drogas.
- _____ Si debo ver a otro médico que me proporcione un medicamento controlado (por ejemplo, dentista, médico de urgencias u otro proveedor, etc.), debo llevar el medicamento a esta oficina de atención primaria en su frasco original, incluso si no queda ningún medicamento.
Mientras toma este medicamento, es posible que su médico de atención primaria deba comunicarse con otros proveedores o miembros de la familia para obtener información sobre su cuidado y / o uso de medicamentos. Se le pedirá que firme una autorización en ese momento.
- _____ Me mantendré al día con la facturación de la oficina y avisaré al médico o al miembro del equipo de tratamiento de inmediato si pierdo mi seguro o no puedo pagar por un tratamiento adicional.
- _____ Entiendo que el objetivo final es reducir los medicamentos narcóticos.
- _____ Entiendo que puedo perder mi derecho al tratamiento en esta práctica si rompo alguna parte de este acuerdo.

Declaración del Programa de Tratamiento del Dolor del Paciente

En Best Value Healthcare LLC nos comprometemos a trabajar con usted en sus esfuerzos por mejorar la salud. Para ayudarte, acordamos que:

Le ayudaremos a programar citas regulares para reabastecimientos de medicamentos. Si tenemos que cancelar o cambiar su cita por cualquier motivo, revisaremos su cuadro para ver si tiene suficientes medicamentos para durar hasta su próxima cita.

Queremos que su tratamiento sea lo más seguro posible. Verificaremos regularmente los efectos secundarios negativos. En caso de que tenga algún efecto secundario, deberá informarle de manera responsable al proveedor cuáles son esos efectos secundarios.

Gestionaremos sus recetas y analizaremos el uso de drogas con regularidad para ayudarlo a sentir que está siendo monitoreado de manera segura.

Podemos recomendarle otras formas de tratamiento para ayudarlo con su condición. Ayudaremos a establecer objetivos de tratamiento y controlaremos su progreso para alcanzar esos objetivos.

Trabajaremos con cualquier otro proveedor que esté consultando para que sea tratado de manera segura y eficaz.

Trabajaremos con su plan de seguro médico para asegurarnos de que no se quede sin medicamentos debido al papeleo u otras solicitudes.

Si se vuelve adicto a algún medicamento, le haremos recomendaciones para que obtenga tratamiento para discontinuar los medicamentos que le causan problemas para que no tenga efectos secundarios negativos.

Las leyes federales y estatales regulan la dispensación de medicamentos narcóticos. Forjar o alterar una receta de narcóticos es un delito. Se requiere el cumplimiento obligatorio tanto del paciente como del médico. El incumplimiento de todas las leyes con respecto a los medicamentos narcóticos puede dar lugar a una acción penal en su contra.

Terminación del acuerdo

Si no cumplo con las reglas de este acuerdo o si mi médico determina que algún medicamento me está perjudicando más que ayudarme en mi cuidado,

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

Firma del proveedor

Nombre del proveedor

Fecha

Historial Médico del Paciente

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Fecha del último examen físico: _____
 Nombre del médico anterior: _____
 Dirección del médico: _____

Historia pasada (personal y alergias) (circule lo que aplique)

Amputación	S	N
Anemia	S	N
Uso excesivo de alcohol	S	N
Alergias (que no sean medicamentos)	S	N
Artritis	S	N
Asma	S	N
Trastorno de la coagulación	S	N
Cáncer Ubicación: _____	S	N
Arritmia cardíaca Marcapaso: _____	S	N
Varicela	S	N
Colitis	S	N
Depresión	S	N

Derrame cerebral/ ataque isquémico transitorio	S	N
Diabetes	S	N
Enfisema / Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	S	N
Caídas	S	N
Enfermedad de la vesícula	S	N
Gota	S	N
VIH / SIDA	S	N
Ataque al corazón/ infarto de miocardio	S	N
Other Heart Disease (CHF/CAD)	S	N
Hepatitis	S	N
Alta presión sanguínea	S	N
Ictericia	S	N
Enfermedad del riñón	S	N
Sarampión / paperas	S	N

Migraña	S	N
Ataque de nervios	S	N
Ostomías _____	S	N
Parálisis	S	N
Fiebre reumática	S	N
Convulsiones	S	N
Enfermedades de transmisión sexual	S	N
Anemia falciforme	S	N
Desorden del sueño	S	N
Úlceras estomacales	S	N
Enfermedad de tiroides	S	N
Enfermedad vascular	S	N

Hábitos personales (circule lo que aplique)

¿Alguna vez has fumado? S N	Si es así, ¿eres un fumador habitual? S N
¿Has usado tabaco de mascar? S N	Si es así, ¿cuántos años? _____ Si no, ¿cuándo renunció? _____
¿Bebes alcohol regularmente? S N	Si es así, ¿con qué frecuencia? _____
Encierra en un círculo cualquiera de los siguientes que has usado:	Marijuana LSD Heroína Cocaína Speed Otra _____

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____
 fecha de nacimiento _____

Operaciones: Listar e indicar año aproximado

Lesiones graves: Listar lesiones y dar fecha aproximada

Hospitalizaciones: (excepto operaciones)

Lista de razones y fecha aproximada

Pruebas de diagnóstico / exámenes: Última prueba / Fecha de examen / Lugar / Doctor

Examen de la vista: _____
 Examen de pie: _____

Inmunizaciones: (Por favor indique la fecha) Hepatitis B _____ Flu _____ Polio _____ fiebre tifoidea _____ Viruela _____ Tétanos _____ Neumococo _____ Varicela _____

Historia familiar	Circule sexo	Si vive		Si fallecido	
		Edad	Salud	Edad de muerte	causa
Padre					
Madre					
Hermanos Hermanas	M F				
	M F				
	M F				
Marido Esposa	M F				
Hijos Hijas	M F				

Marque con un círculo Sí o No si algún familiar de sangre tiene o tuvo alguno de los siguientes y proporcione la relación

Círcule Sí o No	Relación	Círcule Sí o No	Relación
Artritis S N		Alta presión sanguínea S N	
Asma S N		Pólipos intestinales S N	
Tendencia a sangrar S N		Enfermedad del riñón S N	
Cáncer S N		Leucemia S N	
Colitis S N		Migraña S N	
Enfermedad del corazón S N		Ataque de nervios S N	
Ataque al corazón S N		Fiebre reumática S N	
Diabetes S N		Anemia falciforme S N	
Enfisema S N		Úlceras estomacales S N	
Epilepsia S N		Derrame cerebral S N	
Goiter S N		Suicidio S N	
bocio S N		Tuberculosis S N	
Fiebre de heno S N		Otra S N	

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____
 fecha de nacimiento _____

Circule Si o No para Cualquier Medicamento

Asma sibilante medicina	S N	Pastillas para dormir / tranquilizantes	S N
Aspirina, Bufferina, Anacina, Tylenol o Similares	S N	medicamentos para la tiroides	S N
Pastillas para la presión arterial	S N	Estomago / Medicina Digestiva	S N
Cortisona Prednisona	S N	Pastillas para bajar de peso	S N
Medicina para la tos	S N	Adelgazadores de sangre o cumadina	S N
Digitalis o medicina del corazón	S N	Dilantin o medicamentos para las convulsiones	S N
Hormonas	S N	Pastillas de agua o diuréticos	S N
Insulina o píldoras para la diabetes	S N	Antibióticos	S N
Medicamentos para la anemia	S N	Fenobarbital / Barbitúricos	S N
Laxantes	S N	Vitaminas	S N
Otras recetas	S N	Otros medicamentos de venta libre	S N

Lista de otras recetas o medicamentos de venta libre: _____

Enumere cada medicamento, la dosis y la frecuencia con la que lo toma, incluidas las vitaminas y los suplementos a base de hierbas.

Medicación	Dosificación	¿Con qué frecuencia?	Cuando comenzó?

¿Es usted alérgico a algún medicamento? (circula uno) Y | N En caso de si, indique los medicamentos y las reacciones.

Medicación	Reacción

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____
 fecha de nacimiento _____

Historia social / estilo de vida:		Primario
¿Hay alguien que viva en tu residencia?	Si No	En caso de si, por favor liste y nombre la relación:
Tipo de residencia	Si No	Apartamento Casa Móvil Casa Un piso Dos pisos Instalación de vida asistida [Nombre de la instalación : _____ Otro: _____
Equipo médico duradero	Si No	Silla de ruedas andador baston Oxigeno Nebulizador CPAP / BIPAP Otro: _____
Puedes comprar medicinas?	Si No	Referencia potencial al programa de asistencia al paciente
¿Transporte? Si es así quien lo provee	Si No	

Peso actual	Altura actual: ____ pies ____ Pulgadas	¿Cambios de peso en los últimos 6 meses? Si No
Ejercicio / Actividad:		

Plan de dieta actual:		
Actividad actual	Con qué frecuencia	
Limitaciones físicas:		
¿Necesitas ayuda para bañarte o arreglarte?	Si No	Si es sí, explique:
¿Necesita asistencia para las necesidades de aseo?	Si No	Si es sí, explique:
¿Necesitas ayuda para comer?	Si No	Si es sí, explique:
¿Tiene pérdida de audición?	Si No	¿Llevas audífonos? Si No Fecha de examen de audición:

Comentarios y notas adicionales: _____



Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____
 fecha de nacimiento _____

Historial de Servicio Preventivo:

Servicios preventivos	Fecha	Conclusiones y recomendaciones
Medición de la masa ósea (densidad)		
Detección de enfermedades cardiovasculares Colesterol -----> LDL -----> ECG ----->	_____ _____ _____	Hipercolesterolemia Si No Hiperlipidemia Si No Otro: _____ Resultados de ECG: _____
Detección de diabéticos Hg A1C -----> Examen de pie -----> Examen de la vista ----->	_____ _____ _____	Cataratas Si No Otro: _____
Detección de cáncer colorectal Sigmoidoscopia Flexible -----> Enema de bario -----> Colonoscopia (no de alto riesgo)--> Prueba de sangre oculta en heces ->	_____ _____ _____ _____	
Detección de glaucoma		Glaucoma Si No
PAP y examen pélvico		
Detección del cáncer de próstata Examen rectal digital Prueba de antígeno específico de la próstata		
Mamograma Autoexamen de senos		

Fecha de revisión

Firma del médico

CPT CODE: _____

**** After review of the Health Risk Assessment please remember the code 99420 ****