



NUEVO PAQUETE PARA PACIENTES

5998 N US Hwy 41 Ste. A
Apollo Beach, FL 33572

PH: 813.751.3570 FX: 813.641.9001

Adjunto encontrará la documentación del nuevo paciente para su próxima cita. Le pedimos que llegue con su documentación completa al menos 60 minutos antes de la hora de su cita.

Su nuevo paquete de paciente incluye lo siguiente:

- Nuestro folleto de práctica
- Página demográfica del paciente
- Una copia de la Ley de prácticas de privacidad (guárdela para sus registros)
- Hoja de firma (para autorización para divulgar información a individuos, seguros, farmacias y acuse de recibo de la Privacidad Ley de prácticas)
- Nuestra política de tarjeta de crédito (requerida)
- Nuevo cuestionario para pacientes
- Publicación de registros médicos (si hay algún médico de quien deberíamos obtener registros para usted)

Para aquellos pacientes con planes de reemplazo de Medicare, le pedimos que envíe una copia de su tarjeta antes de la fecha de su cita para que así podamos verificar los beneficios.

El día de su cita, traiga las botellas de todos los medicamentos, incluido recetas, medicamentos de venta libre y vitaminas que usted actualmente está tomando. Si bien entendemos que muchos pacientes tienen listas impresas de medicamentos, pedimos que las botellas reales se traigan a la oficina.

También necesitaremos sus tarjetas de seguro actuales y una identificación con foto para escanear en nuestro sistema. No podemos aceptar copias, deben ser tarjetas originales. Si tiene alguna pregunta sobre este papeleo, llame a nuestra oficina al (813) 751-3570

POLÍTICAS Y DIRECTRICES

Atención primaria de A Robaina MD PA, es la principal práctica de atención primaria en Apollo Beach, Florida. Nuestro médico, certificado por la Junta en medicina interna, atiende a pacientes de 14 años en adelante y tiene citas disponibles a pedido. Nuestras instalaciones ofrecen servicios de diagnóstico en el sitio, que incluyen un laboratorio completo, electrocardiograma, estudios de diagnóstico y más.

Nuestra misión es cuidar de usted y su familia de manera rápida, cuidadosa y compasiva. Creemos que la calidad de la atención médica es mejorado cuando el paciente y el proveedor de atención médica trabajan juntos en asociación y mantienen una comunicación clara y abierta. Para asegurar esto, es la política de Atención Primaria de A Robaina MD PA, no excluir, negar beneficios o discriminar de otra manera individuo, visitante, paciente, participante, solicitante o empleado sobre la base de discapacidad o discapacidad percibida, incluidos aquellos que son sordos o con problemas de audición. La Atención Primaria de A Robaina MD PA, se compromete a garantizar que las personas con discapacidad, incluidas las personas sordas o con dificultades de audición, puede participar, tener acceso y recibir el disfrute pleno e igualitario de los bienes, servicios, instalaciones, privilegios, procedimientos, ventajas o adaptaciones proporcionadas por su clínica, programas o actividades, ya sea realizada por Atención Primaria de la A Robaina MD PA, directamente o a través de un contratista u otra entidad con la cual la Atención Primaria de A Robaina MD PA, se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades. Para garantizar una comunicación efectiva con pacientes y acompañantes sordos o con problemas de audición, proporcionamos ayudas y servicios auxiliares apropiados sin cargo, tales como: lenguaje de señas e intérpretes orales, tomadores de notas, materiales escritos, asistencia de dispositivos y sistemas de escucha, y servicios de transcripción en tiempo real. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política o desea solicitar un alojamiento, comuníquese con nuestra oficina al (813) 751-3570.

Portal interactivo del paciente: También nos complace anunciar la incorporación de nuestro Portal del paciente. Este servicio permitirá a nuestros pacientes acceder a su resumen médico, solicitar resurtidos de medicamentos, actualizar información y hacer preguntas a nuestros profesionales médicos. Además, las personas que deseen unirse a nuestra práctica puede preinscribirse

Seguros contratados: Atención primaria participa con Medicare, Aetna, Cigna, Freedom Health, Optimum Health, Molina, Humana, Careplus, Bright Health, Cigna Helath Springs y Simply. Como la lista de los seguros están sujetos a cambios y algunos planes con seguros incluso contratados pueden no tener cobertura en nuestra oficina, llame para la verificación de beneficios. No aceptamos ninguna política de HMO que no sean las mencionadas anteriormente.

Horas de oficina: Nuestros médicos están disponibles en la oficina de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. También tenemos visitas extendidas al consultorio disponibles en días específicos para el paciente existente. Las citas para el mismo día siempre están disponibles para los pacientes existentes y hacemos todo lo posible para extender lo mismo a los nuevos pacientes que quieran unirse a la práctica.

Además, se puede acceder a nuestra oficina por teléfono las 24 horas a través de nuestro servicio de contestador. Un médico dentro de la práctica siempre estará de guardia, siempre hablara con nuestros propios médicos. También tenemos citas disponibles los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. para nuestros pacientes existentes en caso de que necesiten ser atendidos fuera del horario normal de atención.

Reabastecimiento de recetas: Tratamos de escribir recetas que lo guiarán hasta su próxima cita programada. Si se está quedando sin su medicamento regular, puede significar que tiene que someterse a un examen o prueba de seguimiento. Si no tiene una cita, por favor contacte a su farmacia directamente con su solicitud de recarga. Esta será la forma más rápida para que repongamos sus medicamentos. Recargas de las sustancias controladas (como los analgésicos) solo serán surtidas por su médico personal durante el horario de atención (no tardes, fines de semana o días festivos).

**Formulario de información del paciente. Por favor lea y complete el formulario completo.
Por favor imprimir.**

Nombre de pila: _____ Segundo: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguridad social: ____ - ____ - ____ Seguro: _____

Sexo: Masculino / Femenino Fecha: _____

Si el paciente es un niño, indique el (los) nombre (s) del padre (s) / tutor (es) y la (s) fecha (s) de nacimiento: _____

Dirección de envío: _____ Código postal _____

Números de teléfono: Circule el que debemos usar para contactarte.

Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Solicitamos la siguiente información para tratar mejor las afecciones médicas que pueden estar relacionadas con estos artículos y para garantizar una comunicación clara. Tómese un momento para responder cada una de estas preguntas:

Carrera: _____ Origen étnico (seleccione uno): Hispano o no Hispano

Idioma preferido: _____

Estado civil: (circule uno) Casado Soltero Divorciado Viuda (er)

Cónyuge o S / O: _____ Teléfono _____

Doy permiso a Atención Primaria para verificar mi historial de recetas para verificar mis medicamentos. Iniciales: _____

Tengo a / an: () Tarjeta de donante de órganos () Orden de no resucitar () Poder legal

() Sustituto de atención médica designado () No tengo ninguno de estos

Como su médico, es importante que tengamos estos documentos. Si no tenemos una copia, proporciónenos una

¿Está empleado (marque uno)? Sí / No / Retirado / Estudiante

Cuidador Indique el nombre y número de teléfono de cualquier otra persona que lo ayude a cuidarlo.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia preferida: _____ código postal: _____

Notificación de la Ley de Prácticas de Privacidad

Usos y divulgaciones: Tratamiento: Su información de salud puede ser utilizada por miembros del personal o divulgada a otra profesión de atención médica, con el fin de evaluar su salud, diagnosticar afecciones médicas y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas y procedimientos de laboratorio estarán disponibles en su médico. registrar a todos los profesionales de la salud que puedan brindar tratamiento o que puedan ser consultado por miembros del personal.

Pago: su información de salud se puede utilizar para solicitar el pago de su plan de salud, de otro fuentes de cobertura, como una aseguradora de automóviles o de compañías de tarjetas de crédito que puede utilizar para pagar por los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de los servicios, los servicios prestados y la afección médica que se está tratando. Operaciones de atención médica: su información de salud se puede ser utilizada según sea necesario para apoyar el día a día actividades y gestión de Atención Primaria de la Costa del Tesoro. Por ejemplo, información sobre los servicios que recibió pueden ser utilizados para respaldar la elaboración de presupuestos y los informes financieros, y actividades para evaluar y promover la calidad

Aplicación de la ley: su información de salud puede divulgarse a las agencias de aplicación de la ley sin su permiso, para apoyar las auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones policiales, y para cumplir con los informes obligatorios del gobierno. Informes de salud pública: su información de salud puede divulgarse a agencias de salud pública según sea necesario por ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar ciertas enfermedades transmisibles a la salud pública del estado. Departamento.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización: divulgación de su información de salud o su uso para cualquier otro propósito que no sea el mencionado anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambias tu Después de autorizar el uso o la divulgación de su información, puede presentar una revocación por escrito del autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshacerá ningún uso o divulgación de información que ocurrió antes de que nos notifique su decisión.

Recordatorios de citas: nuestro personal utilizará su información de salud para enviarle una cita recordatorios.

Información sobre el tratamiento: Su información de salud puede usarse para enviarle información sobre el tratamiento y manejo de su atención médica que podemos encontrar de interés. También podemos enviarle información que describa otros bienes y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle. Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Éstas incluyen: El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación. El derecho a recibir comunicaciones confidenciales. El derecho a inspeccionar y copiar su salud protegida. El derecho a enmendar o enviar correcciones a sus protegidos. El derecho a recibir un informe de cómo y quién divulgó. El derecho a recibir una copia impresa de este Aviso.

Atención primaria de los deberes de A Robaina MD PA: la ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y para proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad. Nosotros también debe cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad: según lo permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestro. Políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en leyes y regulaciones federales y estatales. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda información de salud protegida que mantenemos.

Solicitudes para inspeccionar información de salud protegida: según lo permitido por la regulación federal, requerimos que Las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida se deben enviar por escrito. Puedes obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros contactando a nuestro Oficial de Privacidad. Puede haber un cargo por esto Servicio.

Quejas: si tiene alguna queja o cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted debe llamar nuestra atención sobre el asunto enviando una carta describiendo la causa de su preocupación. Usted no sera penalizado ni tomaremos represalias por presentar una queja. Le pedimos que envíe una carta. resumiendo sus inquietudes por correo.

He leído mis derechos y los entiendo en su totalidad: (Initial)_____ Date:_____

El pago y / o la información del seguro vencen al momento del servicio

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicare: Somos proveedores participantes de Medicare tradicional pero no de Medicare HMO. Aceptaremos asignaciones en todos los reclamos de Medicare excepto Medicare HMO. Los pacientes son responsables de cumplir y realizar un seguimiento de su deducible anual y de pagar el copago del 20% al momento del servicio a menos que tenga un plan de seguro secundario / complementario que cubra esto. Como cortesía, archivaremos su seguro secundario / suplementario. Sin embargo, en caso de que la secundaria no pague dentro de los 45 días, usted será responsable del pago.

Contratado, PPO: Si somos proveedores participantes contratados de su compañía de seguros, presentaremos sus reclamos. Sin embargo, usted es responsable por pagar su deducible anual, copagos y coseguros. Usted será responsable de todos los servicios no cubiertos. Pago de todos los servicios (según su plan) vence al momento del servicio.

Comercial, no contratado: si está cubierto por algún plan con el que nuestros médicos no sean proveedores participantes contratados, será responsable del pago al momento del servicio.

No presentarse o cancelaciones tardías de citas: cualquier paciente que cancele menos de 24 horas antes de su cita o no se presente a su cita. Se le puede cobrar a la cita una tarifa de \$ 35.00

En el caso de que sea necesario que la Atención Primaria de A Robaina MD PA, Inc. retenga los servicios de un abogado para cobrar los montos adeudados del paciente, la parte prevaleciente tendrá derecho a recuperar sus costos razonables, honorarios y gastos, incluidos, entre otros, abogado, honorarios de asistente legal y asistente legal, costos y gastos, ya sea que se presente una demanda o no, y ya sea en un acuerdo, en juicio o en apelación.

Para el pago del servicio prestado, siempre nos complace aceptar efectivo. Para su comodidad, también aceptamos pagos con Visa, MasterCard, Descubra, American Express, así como cheques personales.

Revise o reciba su información médica. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Si solicita copias de sus registros, habrá un cargo de \$ 1.00 por página y gastos de envío si se envían los registros. Después de recibir su notificación, se le informará el costo. El pago deberá hacerse antes para recoger o enviar registros por correo. Espere de 7 a 10 días hábiles para procesar la solicitud. No hay ningún cargo por los documentos que ha enviado para la continuación de la atención médica a otros proveedores que designe por escrito. Estos registros pueden enviarse por correo o fax al representante que haya elegido. Tiene derecho a elegir a quién podemos divulgar su información de salud con respecto a los miembros de su familia.

Se requiere esta oficina para mantener su firma en el archivo que nos autoriza a presentar reclamos a Medicare para usted y a divulgar información al pagador si lo requieren para la consideración adecuada de un reclamo. Por favor lea y firme la declaración: "*Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a que se divulgue a la Administración del Seguro Social y a los Centros para Medicare y Servicios de Medicaid o sus intermediarios o operadores cualquier información necesaria para este o reclamo relacionado de Medicare. Permiso copia de esto se debe usar la autorización en lugar del original y solicitar el pago de los beneficios del seguro médico a mí o a la parte que acepta asignación. Se aplican las normas relativas a los beneficios de Medicare*".

Firma: _____ **Fecha** _____

Información del pago

Atención primaria de A Robaina MD PA, en un intento por brindarle un mejor servicio y reducir los costos que podrían pasarse a usted, ha implementado una nueva política. Esta nueva política ha entrado en vigencia para toda la práctica y se requiere su participación. A los pacientes que se nieguen a cumplir con esta política se les pedirá que abandonen la práctica. Según nuestra nueva política, guardaremos la información de la tarjeta de crédito o débito en el archivo de todos los pacientes. Se usará para cubrir cualquier cargo no pagado por el seguro. Aún se espera que los pacientes paguen copagos, coseguros y deducibles aplicables al momento del servicio. Si queda un saldo después de que el seguro haya pagado, recibirá un estado de cuenta por los servicios y después de 30 días, cualquier cantidad restante en su cuenta después de que el seguro haya sido procesado se colocará en su tarjeta de crédito / débito. (Será responsabilidad del paciente ponerse en contacto con nuestra oficina si hay alguna pregunta sobre el reclamo o el monto adeudado). Todos nuestros empleados están unidos y, como se agregó seguridad, su información se mantiene separada de nuestro sistema informático bajo cerradura y llave. Te pedimos que complete el siguiente formulario que le dará toda la información necesaria. La información que adquirimos se mantendrá de forma segura y solo se utilizará para sus gastos médicos.

Su comprensión y paciencia con esta nueva política es importante. Estamos seguros de que una vez que comience a trabajar con esta política, le resultará mucho más fácil hacer un seguimiento de sus gastos médicos y le dará un oportunidad de obtener una prueba de su cobertura de su compañía de seguros (a modo de explicación de los beneficios) antes de ser acusado. No se aplicarán cargos en su tarjeta hasta que tengamos noticias de su compañía de seguros.

Por favor circule el tipo de tarjeta: Visa / MC / AMEX / DISC Fecha de vencimiento: _____

Número de tarjeta _____ CVV: _____

Nombre en la tarjeta: _____

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

****Atención primaria llamará a ningún paciente antes de aplicar cargos a una tarjeta de crédito después de que un estado de cuenta enviado y han pasado 30 días. Cualquier contacto sobre cargos o disputas será la responsabilidad del paciente****

Historial Médico

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Razón de la visita: _____

Medicamentos actuales (incluidos suplementos herbales y vitaminas) con dosis y frecuencia: _____

Alergias: _____

Hospitalizaciones o cirugías: (Motivo y fecha)

Historia familiar:	Padre	Madre	Abuelos paternos	Abuelas Maternas	Hermanas	Niñas
Cardiopatía						
Hipertensión						
Apoplegia						
Cáncer						
Glaucoma						
Diabetes						
Epilepsia / Convulsiones						
Trastornos de sangrado						
Nefropatía						
Enfermedad de tiroides						
Enfermedad Mental						
Osteoporosis						

Historia social: 1. ¿Eres residente estacional? Sí No **Si es así**, ¿cuándo estás aquí? _____
2. ¿Usas tabaco? (Esto se aplica a CUALQUIER tipo de consumo de tabaco en CUALQUIER momento de su vida) Sí No **Si es así**, ¿cuánto diariamente y por cuánto tiempo? _____
3. ¿Toma bebidas con cafeína? Sí No **Si es así**, ¿con qué frecuencia? _____

La historia social continúa ...

4. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No **Si es así, ¿con qué frecuencia?** _____
5. ¿Realiza ejercicio? Sí No **Si es así, ¿con qué frecuencia?** _____
6. Uso de drogas recreativas? Sí No **Si es así, ¿con qué frecuencia?** _____

Historial Médico:

Artículo / Procedimiento:	Indique la fecha (incluso si es solo el año) en que tuvo cada uno de estos:
Físico anual	
Análisis de sangre en ayunas	
Detección de hepatitis	
Radiografía de pecho	
EKG	
Prueba de densidad ósea	
Prueba de estrés	
Colonoscopia	
Examen de la vista	
Prueba de audición	
Ultrasonido abdominal	
Ultrasonido de tiroides	
Ultrasonido carotídeo	
Ultrasonido aórtico	
<i>Solo mujeres:</i>	
Año de inicio de la menopausia:	
# de embarazos	
# de nacimientos vivos	
Última mamografía:	
Última prueba de Papanicolaou:	
Fecha del último ciclo menstrual:	

¿Tiene alguna limitación / discapacidad de la que deberíamos estar conscientes o que requiera adaptaciones especiales? Si es así, por favor describa. _____

Continúa en la siguiente página...

Descripción	Sí	No	En caso afirmativo, explíquelo porfavor
Dolores de cabeza crónicos			
Convulsiones			
Apoplejia			
Desmayo			
Debilidad de brazos / piernas			
Hormigueo / entumecimiento			
Visión doble			
Pérdida de visión			
Sonido en los oídos			
Sala de giro			
Problemas sinusales			
Nariz que moquea o con sangre			
Dolor al tragar			
Dificultad para tragar			
Tos persistente			
Dificultad para respirar			
Toser sangre			
Tuberculosis			
Asma			
Dolor en el pecho			
Palpitaciones			
Angina / Ataque al corazón (s)			
Soplo cardíaco			
Náuseas /Vómitos			
Diarrea			
Estreñimiento			
Feces negras o con sangre			
Infección del tracto urinario			
Piedras			
Problemas de próstata			

Problemas de vejiga			
Trastorno renal			
Artritis			
Dolor muscular / espasmo			
Fractura de huesos			
Problemas de espalda			
Diabetes			
Trastorno de la tiroides			
Anemia			
Desorden sangrante			
Coágulos de sangre			
Depresión			
Ansiedad			
Fiebre / escalofríos			
Sudores nocturnos			
Pérdida / ganancia de peso			

Anterior médico y especialista

<u>Nombre y especialidad</u>	<u>Ciudad, Estado y número de Teléfono</u>

¿Otros problemas de salud, diagnósticos o eventos que debemos tener en cuenta?

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

(MEDICAL RECORD RELEASE AUTHORIZATION)

Patient Name (Nombre Completo): _____ Phone (Teléfono): _____

SS#: _____ Date of Birth(Fecha de nacimiento): _____

Address (Dirección, ciudad / estado / código postal): _____

A) I hereby authorize records FROM
(Escucho por autorizar registros de):

Name; _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Phone: _____

Fax: _____

B) To be released TO:

Name; DR. AL W. ROBAINA

Address: 5998 N US Hwy 41, Ste. A

City/State/Zip: Apollo Beach, FL 33572

Phone: 813-751-3570

Fax: 813-641-9001

For the purpose of:

- Litigation
- Disability
- Insurance
- Self/Personal Copy
- Transfer or Continuity of Care
- Work Comp
- Other

Date Range _____ to _____

- Physician Office Notes
- Digital Images/X-rays
- Operative/Procedure reports
- Cardiology/EKG Report
- Lab/Path Reports
- Radiology/X-rays/MRI Reports
- Minimum Necessary
- Other

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Me puedo negar a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que hace la divulgación.

Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

He leído la información proporcionada en este formulario de divulgación y por la presente reconozco que estoy familiarizado y entiendo completamente los términos y condiciones de esta autorización.

(Fecha)

(Firma del paciente / padre / tutor o representante autorizado)

Consentimiento Para Fotografiar

Por la presente autorizo y consiento en hacer fotografías mías mientras soy paciente en A Robaina MD PA. Entiendo que la fotografía puede ser realizada por el centro, por mi médico tratante o por un agente o empleado del centro. Entiendo que tales fotografías pueden usarse para fines de eventos y medios de comunicación. Por la presente doy mi consentimiento para tal uso de fotografías, y libero la aprobación al centro y / o A Robaina MD PA en RMC y sus afiliados.

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____, por la presente otorgo permiso a eventos y propósitos de medios de A Robaina MD PA para tomar y usar; fotografías e imágenes digitales mías para su uso en eventos o materiales de medios. Estos materiales pueden incluir publicaciones impresas o electrónicas, sitios web u otras comunicaciones electrónicas. Además, acepto que mi nombre e identidad se revelen en textos descriptivos o comentarios relacionados con la (s) imagen (es). Autorizo el uso de estas imágenes sin compensación para mí. Todos los negativos, reproducciones digitales impresas serán propiedad de A Robaina MD PA.

(Firma)

(Fecha)

Correo electrónico, texto, consentimiento de llamada

Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados por correo electrónico, llamadas automáticas y / o mensajes de texto para recordarle una cita para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios / información de salud general. Si en cualquier momento proporciono una dirección de correo electrónico o de texto en la que se me puede contactar, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones / información de atención médica en la dirección de correo electrónico, teléfono o mensaje de texto del consultorio.

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto del consultorio en mi teléfono celular y cualquier número reenviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente. Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos, llamadas y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras / comentarios / información de salud a menos que solicite un cambio por escrito. Autorizo a recibir mensajes de texto para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios / información de salud general a la siguiente ruta de contacto

Número de teléfono: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Fax (si corresponde): _____

Nombre impreso: _____

DOB: _____

Firma: _____

Fecha: _____

TESTAMENTO VITAL (Directiva avanzada)

Este documento contiene dos partes. Ambas partes se usan cuando ya no puede comunicar sus deseos de atención médica a sus médicos. Puede optar por firmar uno o ambos.

La primera forma se llama Directiva de atención médica, también conocida como testamento vital. La Directiva de atención médica le permite informar a sus proveedores de atención médica sus preferencias para el tratamiento al final de su vida.

El segundo formulario se llama Poder notarial de atención médica. Este poder notarial de atención médica le permite designar a otra persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre teniendo en cuenta sus deseos

Este formulario fue completado y firmado el ____ día de _____, 20 ____.

I. DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA (VOLUNTAD VIVA) (Si no desea completar este formulario y solo desea designar un agente de atención médica, dibuje una "X" en la siguiente sección)

Yo, _____, con una dirección de _____, Ciudad de _____, Condado de _____, Estado de _____, con los últimos cuatro (4) dígitos de mi número de seguro social.

(SSN) es xxx-xx - _____ (en adelante, el "Director") desea informar a mis médicos y proveedores médicos sobre mis deseos para mi atención médica en caso de que no pueda comunicar mis deseos.

A. APOYO A LA VIDA

Deseo que mi médico haga un esfuerzo concertado para devolverme a una calidad de vida aceptable utilizando los tratamientos y terapias disponibles. Sin embargo, si mi calidad de vida se vuelve inaceptable como lo he definido a continuación y mis médicos han determinado que mi condición no mejorará (es irreversible), ordeno que se retiren todos los tratamientos que extiendan mi vida.

Una calidad de vida inaceptable significa (inicial y marque todo lo que corresponda):

- Coma crónico o estado vegetativo persistente
- ya no puedo comunicar mis necesidades
- no longer able to recognize family or friends
- Dependencia total de las demás para el cuidado diario
- Otra: _____

Inicial y comprobar solo una:

- Incluso si tengo la calidad de vida descrita anteriormente, todavía deseo que me traten con comida y agua por sonda o por vía intravenosa (IV).
- Si tengo la calidad de vida descrita anteriormente, NO deseo que me traten con comida y agua por sonda o por vía intravenosa (IV).

B. CIERTO TRATAMIENTO SOSTENIBLE PARA LA VIDA: (No es necesario que inicialice y marque ninguno de estos si no lo desea)

Algunas personas no desean tener ciertos tratamientos para mantener la vida bajo ninguna circunstancia, incluso si la recuperación es una posibilidad. Marque los tratamientos a continuación, si los hay, que no desea tener bajo ninguna circunstancia:

- Reanimación Cardiopulmonar (RCP)
- Ventilación (respirador)
- Tubo de alimentación
- Diálisis
- Otra: _____

C. DESEOS DE FIN DE VIDA (cuidados paliativos, arreglos funerarios, etc.):

Cuando estoy cerca de la muerte, es importante para mí que:

II. SALUD (MÉDICO) PODER DEL ABOGADO CON AUTORIDAD DE SALUD MENTAL

Proporciona tranquilidad para poder elegir a alguien que conozca y que lo conozca para tomar decisiones de atención médica en su nombre cuando ya no pueda comunicar sus deseos. Es importante que discuta sus deseos con su agente de atención médica para que puedan asegurarse de que los proveedores de atención médica cumplan sus deseos. Sin embargo, si NO elige a alguien que tome decisiones por usted, escriba NINGUNO en la línea para el nombre del agente.

Yo, _____, como Director, designo a _____, como mi agente para actuar en todos los asuntos relacionados con mi atención médica (incluida mi atención de salud mental) y que incluyen, entre otros, el poder de dar o rechazar el consentimiento para todos los tratamientos médicos y quirúrgicos, hospitalizaciones y atención médica relacionada. Este poder notarial es efectivo en el momento en que ya no puedo comunicar mis deseos de atención médica. Las decisiones de mi agente bajo este poder notarial, durante cualquier período en el que no pueda tomar o comunicar mis decisiones de atención médica o cuando exista incertidumbre sobre si estoy vivo o muerto, son vinculantes para mis herederos, representantes y representantes personales.

Doy mi consentimiento específico para darle a mi agente el poder de admitirme en un programa de hospitalización o hospitalización psiquiátrica parcial si lo ordena mi médico. (Inicial si esta es tu elección) Esta Directiva de atención médica, incluido el Poder notarial para atención de salud mental, no puede ser revocada si estoy incapacitado. (Inicial si esta es tu elección)

La dirección y el número de teléfono de mi agente son los siguientes:

Dirección

Número de teléfono

Si mi agente no está dispuesto o no puede servir, por la presente designo, _____ Como mi agente sucesora.

La dirección y el número de teléfono de mi agente sucesor son los siguientes:

Dirección

Número de teléfono

Tengo la intención de que mi agente reciba todos y cada uno de mis registros e información de salud como si yo fuera el que solicitara dicha información. Esta autorización de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1420D y 45 CFR 160-164.

He firmado este documento en este ____ día de _____, 20____.

Firma del director

Nombre impreso

Puede elegir dos testigos o un notario para que testifique y reconozca su firma.

Conozco personalmente a la persona mencionada anteriormente, y creo que él / ella es de buena opinión y ha ejecutado voluntariamente este documento. Tengo al menos 18 años de edad, no estoy relacionado con él / ella por sangre, matrimonio o adopción, y no soy un agente o agente sucesor mencionado en este documento. Que yo sepa, no soy beneficiario de su testamento ni de ningún codicilo, y no tengo ningún reclamo contra su patrimonio. No estoy directamente involucrado en su atención médica.

Testigo 1

Firma

Nombre impreso

Fecha

Testigo 2

Firma

Nombre impreso

Fecha

RECONOCIMIENTO DE NOTARIO

Estado de _____ }

Condado de _____ }

Firmado y jurado el día ____ de _____, en el año 20____.

Yo, la autoridad abajo firmante en y para dicho condado en dicho estado, certifico que

El Director _____, cuyo nombre está firmado anteriormente en este testamento en vida y que conozco, reconoció ante mí ese día que, al ser informado del contenido de dicho documento, ejecutó el mismo voluntariamente el día que Fecha de los mismos osos.

Dado bajo mi mano este ____ día de _____, 20____.

Notario Público Firma _____ Estado de _____.

Nombre impreso: _____.

Mi comisión expira: _____

(Sello notarial)

Formulario de divulgación de HIPAA

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Habla a: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ___ Teléfono ___ Correo electrónico ___ Correo

¿Desea que nuestra correspondencia se marque como "confidencial"? Si o no

¿Podemos dejar mensajes? Si o no

Yo, el paciente, autorizo al Dr. Al W. Robaina del Centro Médico Robaina a divulgar mi información médica (datos demográficos, citas, resultados de laboratorios / radiografías, diagnósticos, tratamientos, medicamentos, cirugías, etc.) por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a los siguientes familiares / amigos.

Nombre: _____ DOB: _____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: _____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: _____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: _____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: _____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: _____ Relación: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____