

CENTRO MEDICO FAMILIAR (Family Medical Center)

2863 S. Delaney Avenue – Orlando, Florida 32806

Fecha _____

Gracias por elegir nuestra oficina. Para poder atenderlo mejor, favor de llenar los siguientes espacios.

NOMBRE DE PACIENTE APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIALES _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____ SS# _____

Sexo M ___ F ___ Teléfono de casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Celular (_____) _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Empleador _____

Estado civil M _____ S _____ Div _____ W _____ Cónyuge/Padre _____

Empleador de Cónyuge/Padre _____ Teléfono de Trabajo (_____) _____

Correo Electrónico _____ Método de contacto preferido: ___ Teléfono ___ Correo ___ Email

Origen Étnico: _____ Caucásico _____ Hispano _____ Afroamericano ___ Otro _____

Etnicidad: _____ Hispano _____ No Hispano _____ Negó a contestar

NOMBRE DE ASEGURADORA PRIMARIA _____

Nombre de Titular de Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____ ID# _____ Grupo# _____

NOMBRE DE ASEGURADORA SECUNDARIA _____

Nombre de Titular de Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____ ID# _____ Grupo# _____

PARIENTE CERCANO NO MIEMBRO DEL HOGAR/ O CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación _____ Numero Telefónico (_____) _____

Firma: _____ **Al firmar usted accede a permitir a su proveedor acceso a su historial de recetas médicas.**

Directiva Avanzada: Todos los adultos en ajustes de salud medica dentro del estado de Florida tienen el derecho a una “directiva Avanzada”. Esta es una manifestación oral o escrita realizada y atestiguada previo a una enfermedad o lesión seria, manifestando como se tomarán sus decisiones médicas. Una directiva avanzada le permite testificar su elección o nombrar a alguien con la facultad de tomar la decisión por usted, en caso de que usted no pueda tomar la decisión con respecto a su tratamiento médico. Una directiva avanzada le permitirá tomar decisiones. Tiene un testamento en vida? _____ Si _____ No (En caso de que si, favor de proporcionar una copia a esta oficina. En caso de que no, si desea un testamento en vida, contamos con uno disponible).

Firma: _____ **Fecha:** _____

Autorizo la liberación de información medica necesaria para obtener pago de beneficios médicos por parte de mi aseguradora. Tambien autorizo a mi aseguradora de pagarle al Centro Medico Familiar (Family Medical Center) cualquier beneficio medico debido por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de pagar deducibles, deudas solidarias y cualquier otro cargo no cubierto por mi aseguradora. **DEUDAS SOLIDARIAS Y DEDUCIBLES SON DEBIDAS AL MOMENTO DE SU VISITA A OFICINA.**

Nuestra política es que el pago deberá ser cubierto en su totalidad al momento que se presten los servicios, salvo que se hagan acomodos financieros previo a la prestación de servicios. Si usted participa con nuestros programas de seguro contratados, le cobraremos a su aseguradora. La verificación de su seguro, deducible, y pago solidario previa visita de oficina será necesaria. La información anteriormente es correcta a mi conocimiento. Entiendo y estoy de acuerdo con cumplir con la política financiera de esta Institución.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre escrito a mano: _____

Fecha _____ Nombre de Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: __M __F

Doctor Primario

Revisión de sistemas – FAVOR DE LLENAR “SI” O “NO” A COMO SE RELACIONEN CON SU SALUD

CONSTITUCIONAL	SI	NO	RESPIRATORIOS	SI	NO	HEMATOLÓGICOS	SI	NO
Pérdida de peso	___	___	Dificultad para respirar	___	___	moretones fáciles	___	___
Aumento de peso	___	___	Toser Sangre	___	___	Sangrado de encías	___	___
Fiebre	___	___	Sibilancias	___	___	Glándulas agrandadas	___	___
Fatiga	___	___	Tos Persistente	___	___	Sangrado prolongado	___	___
Cambios de apetito	___	___	Infecciones Frecuentes	___	___			

OJOS			GASTROINTESTINAL			MUSCULOESQUELÉTICO		
Lentes/Contactos	___	___	Dolor Abdominal	___	___	dolor articulaciones	___	___
Dolor	___	___	Nauseas/Vomito	___	___	Rigidez	___	___
Visión Doble	___	___	Acidez	___	___	Dolor Muscular	___	___
Glaucoma	___	___	Sangrado Rectal	___	___	Dolor de Espalda	___	___
Cataratas	___	___	Taburetes negros/sangrado	___	___			
			Diarrea	___	___			
			Constipaciones	___	___			

OÍDOS, NARIZ, GARGANTA			CARDIOVASCULAR			NEUROLÓGICO		
Zumbido en oídos	___	___	Dolor de Pecho	___	___	Convulsiones	___	___
Vértigo	___	___	Dolor de Quijada	___	___	Dolores de Cabeza	___	___
Dolor de Garganta frecuente	___	___	Dolor de Brazo	___	___	Entumecimiento	___	___
Ronquera	___	___	Dolor de Pantorrilla	___	___	Perdida de memoria	___	___
Sangramiento de nariz frecuente	___	___	Palpitaciones	___	___	Perdida de consciencia	___	___
			Hinchazón de Extremidades	___	___			

GENITOURINARIO			PSIQUIÁTRICO			PIEL		
Dolor al orinar	___	___	Ansiedad	___	___	Erupción/llagas	___	___
Quemazón	___	___	Depresión	___	___	Lesiones	___	___
Frecuencia	___	___	Cambios de Humor	___	___	Comezón	___	___
Nocturno	___	___	Desordenes para dormir	___	___	Quemazón	___	___
Sangre en orina	___	___						
Flujo Vaginal	___	___						
Secreción del pene	___	___						
Enfermedad Sexual	___	___						

ALERGIAS/INMUNOLÓGICO			ENDOCRINO		
Fiebre del heno	___	___	Perdida de pelo	___	___
Asma	___	___	Intolerancia a calor/frío	___	___
Urticaria	___	___	Cambio en uñas	___	___

CENTRO MEDICO FAMILIAR (FAMILY MEDICAL CENTER)

HISTORIAL MEDICO

NOMBRE

EDAD

FECHA

ALERGIAS			HISTORIAL FAMILIAR			
			Padre	Madre	Parientes	Hijos
			Enfermedad del Corazón			
			Presión Alta			
			Derrame			
HISTORIAL FAMILIAR			Cáncer			
PADRE:	VIVO O FALLECIDO	EDAD	Glaucoma			
MADRE:	VIVO O FALLECIDO	EDAD	Diabetes			
PARIENTES: VIVO O FALLECIDO			Epilepsia/Convulsiones			
			Desorden de Sangrado			
			Nefropatías			
HIJOS:	VIVO O FALLECIDO	EDAD	Enfermedad de tiroides			
			Enfermedad Mental			
			Artritis			

HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA			
MOTIVO	FECHA	MOTIVO	FECHA

HISTORIAL MEDICO PASADO			
<input type="checkbox"/> Alergias/ Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/> Nerviosismo	Fecha de ultima inmunización
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Vacuna Influenza
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de próstata	<input type="checkbox"/> Tétanos
<input type="checkbox"/> Irregularidad intestinal	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Palpitaciones de Corazón	<input type="checkbox"/> Desorden de Convulsiones	<input type="checkbox"/> MMR
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Disfunción sexual/menstrual	<input type="checkbox"/> PPD
<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Dificultad al respirar	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> triglicéridos altos	<input type="checkbox"/> Ulcera	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otro	

HÁBITOS / FACTORES DE RIESGO (llenar todos los que apliquen)	SOLO MUJERES
Actual mente fuma? Si No Alguna vez Fumo? Si No Cajetillas Diarias? ____ Que tanto tiempo? ____	Menstruación: Primera a edad: ____ Flujo es ligero moderado pesado ____ días entre periodos periodo dura ____ días
Alcohol? Si No Tipo? _____	Fecha de ultimo periodo? _____
Contacto con sangre/Líquidos corporales en trabajo? Si No	Embarazo? Si No Planeando? Si No
Café: Tazas al día? ____ Otras cafeínas? ____	Numero total de embarazos ____ termino completo Si No
Dieta: ____ Consumo de grasa? ____ Consumo de sal? ____	Numero de hijos vivientes? ____ Edad del más joven? ____
Ejercicio? Si No Tipo? ____ Cantidad ____ Patrones de dormir?	Tipo de control de embarazo? _____ Ve a un ginecólogo? Si No Quien? _____ Fecha de prueba de Papanicolau? _____ Fecha de última prueba de senos? _____ Fecha de ultimo mamografía? _____
DIRECTIVA AVANZADA	
Directiva avanzada? Si No (Si si, favor adjuntar copia)	

Centro Medico Familiar (Family Medical Center)
2863 S. Delaney Ave.
Orlando, Florida 32606
Teléfono: 407.843.1620
Fax: 407.843.5243

Aviso de Practicas de Privacidad y Consentimiento de Paciente Para Uso y Revelación de Información de Salud Protegida

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA

Entiendo que bajo la ley de portabilidad y responsabilidad de pólizas de seguro del 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos como paciente con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que el Centro Medico Familiar (Family Medical Center) puede utilizar o revelar mi información de salud protegida para tratamiento, pago, u operaciones de salud- lo que significa proporcionarme cuidados de salud a mí, el paciente; manejar facturación y pagos; y, hacerse cargo de otras operaciones relativas al cuidado de salud. Salvo que se establezca lo contrario por ley, no habrá ningún otro uso o revelaciones de esta información sin mi autorización previa.

El Centro Medico Familiar (Family Medical Center) cuenta con un documento detallado llamado el "Aviso de practicas de Privacidad", y contiene una descripción mas completa de sus derechos de privacidad y como podemos utilizar y revelar información de salud protegida.

Entiendo que tengo el derecho de leer dicho aviso antes de firmar el presente acuerdo. Si lo solicito, el Centro Medico Familiar (Family Medical Center) me proporcionara el mencionado aviso mas actualizado con el que cuentan.

Mi firma aquí debajo indica que se me ha otorgado la oportunidad de revisar dicha copia del Aviso de Practicas de Privacidad. Mi firma da a entender que acepto y le permito al Centro Medico Familiar (Family Medical Center) usar y revelar mi información protegida para realizar tratamientos, pagos y operaciones de cuidados de salud. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto por la extensión que el Centro Medico Familiar (Family Medical Center) haya tomado medidas en relación a este consentimiento.

FIRMA (Paciente o custodio legal /Representante Autorizado)

FECHA

Relación fon paciente si se firma por un tercero

FECHA

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión a dicho aviso en cualquier momento contactando a: Family Medical Center 2863 S. Delaney Avenue Orlando Florida 32806
407.843.1620

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Otorgo voluntariamente mi consentimiento a la atención ambulatoria y tratamiento realizado por mi médico, asistente médico, y todo el demás personal de salud en el Centro Medico Familiar (Family Medical Center). Asimismo otorgo consentimiento de servicios rutinarios, procedimientos de diagnóstico, tratamiento médico, y demás servicios de cuidado de salud considerados necesarios por el proveedor de cuidados de salud. Entiendo que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y el diagnostico y tratamiento pueden resultar en lesiones o hasta muerte. Entiendo que tengo el derecho de dar consentimiento o negarme a otorgar consentimiento de cualquier cirugía propuesta, procedimientos o tratamientos, y discutir mis opciones con mi proveedor de cuidados de salud.

Firma de Paciente

Fecha:

Autorización para revelación de información

Autorizo al Centro Medico Familiar (Family Medical Center) de utilizar información medica confidencial contenida en mis registros médicos a como sea necesario por reclamos de pago, manejo médico, o calidad de cuidado. Asimismo, autorizo la revelación y descarga de dicha información confidencial a mi aseguradora y cualquier otro plan de cobertura de salud, incluyendo pagadores de gobierno necesarios para reclamos de pago, manejos médicos y calidad de cuidado. Esta autorización incluye la revelación de diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o una prueba de anticuerpos positiva de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como información de abuso de alcohol y/o drogas, pruebas genéticas e información de salud mental. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por mi de manera escrita en cualquier momento pero solo con respecto al tratamiento propuesto y no al cuidado y tratamiento que ya se me ha prestado.

Firma de Paciente

Fecha:

Centro Médico Familiar (Family Medical Center)
2863 S. Delaney Ave.
Orlando, Florida 32606
407.843.1620
407.843.5243

(Sello de Centro Médico Familiar/Family Medical Center)

AUTORIZACIÓN DE USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Esta es una autorización bajo la Ley de portabilidad y responsabilidad de pólizas de seguro del 1996 (HIPAA) (45 CFR 164.508). Autorizo que al nombre indicado arriba, por parte de mi medico y/o personal administrativo y clínico a lo siguiente (Marcar todas las opciones aplicables):

Usar mi información de salud protegida, y/o

Revelar la siguiente información de salud protegida a (Nombre de entidad o clases de personas que recibirán información):

Descripción de información que será utilizada o revelada:

Esta información de salud protegida esta siendo utilizada o revelada para los siguientes propósitos: (enlistar propósitos específicos aquí. " A solicitud del individuo" es aceptable si dicha solicitud se hizo por el paciente y el paciente no quiere especificar un propósito.)

Esta autorización se mantendrá vigente hasta: (1) _____ (Fecha de expiración) o (2) _____ (En el evento que se relacione al paciente o al propósito del uso o revelación) momento en el cual esta autorización de uso y revelación de esta información protegida expirará.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por medio de aviso escrito al oficial de privacidad de la practica en la direccion indicada arriba. Entiendo que una revocación no es valida en el entendido que el nombre arriba ha dependido del uso de revelación de información médica protegida o si mi autorización fue obtenida como condición de obtener cobertura de seguros y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

Entiendo que la información usada o revelada en relación a esta autorización puede ser revelada por el recipiente y no será protegida por leyes federales o estatales.

Centro Médico Familiar (Family Medical Center)
2863 S. Delaney Ave.
Orlando, Florida 32606
407.843.1620
407.843.5243

Mi medico no condicionara mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si aplica) a que yo proporcione autorización de uso o revelación solicitada excepto: (1) Si el tratamiento es relacionado a investigación, o (2) Los servicios de cuidados médicos son proporcionados únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para revelación a un tercero. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.

Si el uso/revelación es para publicidad, entiendo que el uso y revelación solicitado bajo esta autorización resultara en remuneración directa o indirecta de mi medico por un tercero. _____ (Iniciales de paciente si aplica).

Firma de paciente o representante personal

Fecha

Nombre completo de paciente o representante personal

Descripción de autoridad de representante personal