Registro de pacientes nuevos

Oficina			Fecha	
Apellido		Primer nombre		Sobrenombre
Fecha de nacimiento	Sexo	SSN		Dirección
Apartamento/suite	Ciudad	Estado		Teléfono de casa
Correo electrónico			Teléfono celular	
Proveedor de atención primaria			Proveedor que remite	
Empleador		Teléfono del trabajo		Estado civil
¿Su cónyuge trabaja o está jubilado?		Nombre del cónyuge		Fecha de nacimiento del cónyuge
SSN del cónyuge	Teléfono del cónyuge		Dirección alternativa	
Apartamento/suite	Ciudad		Estado	Código postal

Información del seguro

Primario	ID del plan		N.º de grupo
Teléfono	Titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular de la póliza
Secundario	ID del plan		N.º de grupo
Teléfono	Titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular de la póliza
Garante		Relación con el garante	

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre	Teléfono		Relación	
Dirección	Apartamento/suite	Ciudad	Estado	Código postal

¿Está actualmente ingresado en un hospital o está inscrito en un hospicio o en un centro de enfermería especializada?

◯ Sí ◯ No Si respondió "Sí", complete los siguientes:

Nombre del centro			Teléfono	
Dirección	Apartamento/suite	Ciudad	Estado	Código postal

¿Recibe beneficios de la Administración de Veteranos (Veterans Administration)?

◯ Sí ◯ No Si respondió "Sí", complete los siguientes:

Nombre de la VA			Teléfono	
Dirección	Apartamento/suite	Ciudad	Estado	Código postal

Sexo asignado al nacer (elija 1)

- ◯ Masculino
- ◯ Femenino
- ◯ Intersexual
- ◯ Prefiero no revelar

Identidad de género

- ◯ Masculino
- ◯ Femenino
- ◯ No binario
- ◯ Rechazo revelar
- ◯ Hombre transgénero
- ◯ Mujer transgénero
- ◯ Otro

¿Cuál de los siguientes describe mejor su raza u origen étnico (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- ◯ Asiático
- ◯ Caucásico
- ◯ Negro/afroamericano
- ◯ Oriente Medio/Norte de África
- ◯ Hispano
- ◯ Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico
- ◯ Indio americano/nativo de Alaska
- ◯ Elijo no revelar

¿En qué idioma se siente más cómodo al hablar sobre su atención médica?

- ◯ Inglés
- ◯ Español
- ◯ Alemán
- ◯ Francés
- ◯ Italiano
- ◯ Ruso
- ◯ Portugués
- ◯ Chino
- ◯ Criollo
- ◯ Otro
- ◯ Prefiero no revelar

Historia social

¿Ha fumado alguna vez? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", paquetes por día | ¿Por cuántos años?

¿Ha dejado de fumar? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", ¿en qué año?

¿Alguna vez ha masticado tabaco? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", ¿cuánto?

¿Ha dejado de masticar tabaco? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", ¿cuándo?

¿Ha asistido alguna vez a clases para dejar de fumar? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", ¿cuándo?

¿Bebe alcohol? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", ¿cuántas y con qué frecuencia?

¿Ha dejado de beber? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", ¿en qué año dejó de fumar?

¿Consume alguna droga ilícita? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", ¿cuál? ◯ Marihuana ◯ Cocaína ◯ Metanfetamina | Otro

¿Tiene una tarjeta de marihuana medicinal? ◯ Sí ◯ No

¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes: afrontamiento, ayuda económica, nutrición, trabajo social, transporte o asistencia en casa? ◯ Sí ◯ No

Estado civil: ◯ Soltero ◯ Casado ◯ En pareja ◯ Separado ◯ Divorciado ◯ Enviudado

¿Tiene usted una red sólida de apoyo social? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", ¿quién?

¿Profesa alguna creencia religiosa que quiera que tomemos en cuenta? ◯ Sí ◯ No

Si respondió "Sí", explique

¿Sigue trabajando? ◯ Sí ◯ No Si respondió “Sí”, ◯ Tiempo completo ◯ Tiempo parcial

Si respondió “No”, ◯ Jubilado ◯ Discapacitado ◯ Desempleado

¿Cuál es o cuál era su ocupación principal?

¿Ha trabajado alguna vez en un empleo con exposición al asbesto o a cualquier otra sustancia cancerígena, productos químicos peligrosos o gases tóxicos? ◯ Sí ◯ No

¿Ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas alguna vez? ◯ Sí ◯ No Si respondió “Sí”, ¿en qué rama de las Fuerzas Armadas?

Evaluación de movilidad y riesgos de caídas

¿Necesita ayuda para caminar? ◯ Sí ◯ No

Si es así, ¿usa alguno de los siguientes? ◯ Bastón ◯ Andador ◯ Silla de ruedas

¿Ha tenido alguna caída anteriormente o se ha lesionado a causa de una caída? ◯ Sí ◯ No

¿Tiene úlceras en los pies, juanetes, dedos en martillo o callos que le causan dolor o lo obligan a adaptar su forma de caminar? ◯ Sí ◯ No

¿Se siente inestable cuando camina o arrastra los pies? ◯ Sí ◯ No

¿Se siente mareado/aturdido cuando se pone de pie? ◯ Sí ◯ No

¿Cuántas caídas ha tenido en los últimos 12 meses? ¿Tiene alguna lesión?

Evaluamos a todos los pacientes para detectar violencia doméstica o abuso.

¿Hay alguien en casa que le haga daño, lo golpee o lo amenace? ◯ Sí ◯ No Si respondió “Sí”, explique

Historia social y geográfica

¿En qué estado (o país) nació?

¿En qué área vivió la mayor parte de su vida?

¿Cuánto tiempo ha vivido en su estado de residencia actual?

¿Vive en este estado todo el año? ◯ Sí ◯ No

Si respondió “No”, ¿cuál es su otra dirección y teléfono?

Alergias

¿Es alérgico al látex? ◯ Sí ◯ No Si respondió “Sí”, reacción

¿Es alérgico al medio de contraste intravenoso? ◯ Sí ◯ No Si respondió “Sí”, reacción

¿Es alérgico a algún medicamento? ◯ Sí ◯ No

Si respondió “Sí”, haga una lista de todos

¿Tiene otras alergias (a medicamentos, comida, cinta adhesiva, etc.)?

Medicamentos actuales

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía	Médico que receta

Nombre de la farmacia | Teléfono de la farmacia

Historia de radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal

¿Ha recibido alguna vez radioterapia? ◯ Sí ◯ No — Si respondió "Sí", ¿cuándo?

¿Qué parte del cuerpo/área se trató?

¿Ha recibido alguna vez quimioterapia? ◯ Sí ◯ No — Si respondió "Sí", ¿cuándo?

¿Ha recibido alguna vez terapia hormonal? ◯ Sí ◯ No — Si respondió "Sí", ¿cuándo?

¿Qué medicamento?

Historia médica (marque todos los que correspondan)

◯ Diagnóstico de cáncer — Si es así, ¿qué tipo de cáncer?

◯ Enfermedades cardíacas/CAD ◯ Enfisema

◯ Diabetes ◯ Ataque al corazón ◯ COPD ◯ Trastorno de la tiroides ◯ Insuficiencia cardíaca congestiva ◯ Neumonía

◯ Enfermedades de los riñones ◯ Fibrilación auricular ◯ Bronquitis crónica ◯ Enfermedad hepática ◯ Colesterol alto ◯ Asma

◯ VIH ◯ Hipertensión ◯ Derrame cerebral ◯ Anemia ◯ Otro

¿Ha tenido historia de alguno de los siguientes? (Marque todos los que correspondan)

Constitucional

- ◯ Fiebre/escalofríos
- ◯ Aumento de la fatiga
- ◯ Sudoración nocturna
- ◯ Pérdida de peso inexplicable

Si respondió "Sí", ¿cuánto?

- ◯ Aumento de peso

Si respondió "Sí", ¿cuánto?

Estatura actual

Peso actual

Ojos/oídos/nariz /garganta

- ◯ Cataratas
- ◯ Glaucoma
- ◯ Disminución de la vista
- ◯ Pérdida de audición
- ◯ Problemas de los senos paranasales
- ◯ Ronquera
- ◯ Dentaduras postizas

Cardíaco

- ◯ Angina de pecho (dolor de pecho)
- ◯ Latidos cardíacos irregulares

Pulmonar

- ◯ Tos persistente
- ◯ Tos con sangre
- ◯ Falta de aire
- ◯ Incapacidad para acostarse boca arriba completamente
- ◯ Prueba de TB positiva

Vacuna de la influenza ◯ Sí ◯ No

Fecha

Vacuna de la neumonía ◯ Sí ◯ No

Fecha

Vacuna del COVID-19 ◯ Sí ◯ No

Fecha

Reumatológico

- ◯ Lupus eritematoso sistémico
- ◯ Artritis reumatoide
- ◯ Osteoartritis/artritis
- ◯ Esclerodermia/síndrome de CREST
- ◯ Gota
- ◯ Dolor de huesos
- ◯ Fracturas de huesos

Mencione

Psiquiátrico

- ◯ Ansiedad
- ◯ Depresión
- ◯ Psicosis
- ◯ Trastorno bipolar

Gastrointestinal

- ◯ Dificultad para tragar
- ◯ Pérdida de apetito
- ◯ Vómitos frecuentes
- ◯ Hernia hiatal
- ◯ Reflujo gástrico
- ◯ Pólipos intestinales
- ◯ Heces oscuras/negras
- ◯ Diverticulosis
- ◯ Diverticulitis
- ◯ Sangre en las heces
- ◯ Diarrea frecuente
- ◯ Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn)
- ◯ Estreñimiento
- ◯ Hemorroides, colonoscopia/ sigmoidoscopia
- ◯ Sí ◯ No

Fecha

Genitourinario

- ◯ Dificultad para comenzar a orinar
- ◯ Chorro de orina intermitente
- ◯ Sangre en la orina
- ◯ Dolor o ardor al orinar
- ◯ Orina frecuente
- ◯ Levantarse por la noche para orinar
- ◯ Necesidad imperiosa de orinar
- ◯ Escape de orina
- ◯ Cálculos renales
- ◯ Niveles elevados de PSA
- ◯ Infecciones de las vías urinarias
- ◯ Dificultades para tener erecciones

¿Tiene relaciones sexuales? ◯ Sí ◯ No

Neurológico

- ◯ Dolores de cabeza frecuentes
- ◯ Mareo/aturdimiento
- ◯ Temblores
- ◯ Parálisis
- ◯ Entumecimiento
- ◯ Poliomielitis
- ◯ Debilidad en las extremidades
- ◯ Convulsiones

Historia quirúrgica (mencione el año en el recuadro)

- ◯ Operación del ojo
- ◯ Amigdalectomía
- ◯ Operación de tiroides
- ◯ Operación de pulmón
- ◯ Operación de mama
- ◯ Apendicectomía
- ◯ Colecistectomía
- ◯ Operación de hernia
- ◯ D & C
- ◯ Operación del corazón
- ◯ Bypass coronario
- ◯ Reemplazo/ reparación de válvula cardíaca
- ◯ Stent coronario
- ◯ Colocación del desfibrilador
- ◯ Colocación del marcapasos

Tipo/modelo

- ◯ Operación del colon o recto
- ◯ Operación de la vejiga
- ◯ Operación de la próstata
- ◯ Histerectomía u operación ginecológica
- ◯ Reemplazo de articulaciones
- ◯ Otro

Historia clínica femenina

Complete la siguiente información si es mujer.

Edad de la primera menstruación

Última menstruación

Edad de la menopausia

¿Es posible que esté embarazada? ◯ Sí ◯ No

Número de embarazos

Número de partos

Edad en la que nació el primer hijo

¿Ha amamantado?

¿Alguna vez ha tomado hormonas (estrógenos, píldoras anticonceptivas, andrógenos, etc.)? ◯ Sí ◯ No

Si respondió "Sí", ¿cuánto tiempo?

Talla de copa del sostén

Secreción del pezón

Sangrado vaginal

Flujo vaginal

Historia de las enfermedades de transmisión sexual ◯ Sí ◯ No

Fecha de la última prueba de Papanicolaou

Fecha de la última mamografía

Historia clínica masculina

Complete la siguiente información si es hombre.

Fecha del último PSA

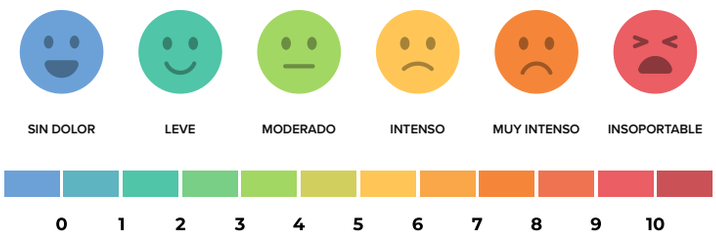
Resultado del último PSA

Lugar

Historia de las enfermedades de transmisión sexual ◯ Sí ◯ No

Dolor

Escala de medición del dolor



Preguntas sobre el manejo del dolor

¿Siente dolor en este momento? ◯ Sí ◯ No

¿Cuándo comenzó su dolor?

Lugar del dolor

Tipo de dolor

◯ Agudo ◯ Sordo

◯ Constante ◯ Intermitente

◯ Tipo cólico ◯ Persistente

◯ Punzante

¿Cuánto tiempo lleva sintiendo dolor?

¿Cómo está manejando el dolor?

¿Hay algo que lo mejore?

¿Hay algo que lo empeore?

Historia familiar de cáncer o enfermedades de la sangre

Padre	Madre	Hermanos	Hijos
Si vive, edad	Si vive, edad	¿Cuántas hermanas?	¿Cuántas hijas?
Si falleció, edad al fallecer	Si falleció, edad al fallecer	¿Cuántos hermanos?	¿Cuántos hijos?
¿Tiene historia de cáncer?	¿Tiene historia de cáncer?	¿Tiene historia de cáncer?	¿Tiene historia de cáncer?
Tipo	Tipo	Tipo	Tipo

¿Hay historia de cáncer o enfermedades de la sangre en otros familiares, como abuelos, tías, tíos, primos, etc.?

◯ Sí ◯ No Si respondió "Sí", explique

Haga una lista de los nombres y las direcciones de los médicos a los que quiere que se envíe la correspondencia.

Nombre	Dirección	Teléfono

¿Tiene alguno de los siguientes?: (Marque todos los que correspondan)

- ◯ Representante para atención médica
- ◯ Poder médico
- ◯ Testamento en vida
- ◯ No reanimar
- ◯ Tarjeta de donante de órganos
- ◯ Poder
- ◯ Directiva anticipada

La planificación de la atención médica con antelación (ACP) es un proceso continuo de aprendizaje sobre las opciones que tenemos para nuestra atención médica futura. ¿Le gustaría obtener más información sobre la planificación de la atención médica con antelación?

- ◯ Sí
- ◯ No

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas de arriba, proporcione una copia del documento.

Como paciente, usted reconoce que, completar este formulario, dicho documento es un resumen completo de su historia clínica.

Firma del paciente	Fecha
Firma del enfermero	Fecha
Firma del médico	Fecha

Condiciones de servicio de SunState Medical Specialists

En este documento, **“Paciente”** significa la persona que recibe tratamiento. **“Representante del paciente”** significa cualquier persona que actúe en nombre del Paciente y firme como el representante del Paciente. El uso de la palabra “yo”, “usted”, “su” o “mí” puede, en contexto, incluir tanto al Paciente como al Representante del paciente. Con respecto a las obligaciones económicas, “yo” o “mí” también pueden, según el contexto, referirse al garante financiero, en lo sucesivo, el “Garante”.

“Proveedor” se refiere al consultorio médico y puede incluir a los médicos o al personal de SunState Medical Specialists, lo que puede incluir, entre otros: Oncólogos, radiólogos, oncólogos radioterapeutas, asistentes médicos, enfermeros de práctica avanzada, trabajadores sociales, proveedores de salud conductual, y ciertos proveedores de atención independientes autorizados y cualquier agente autorizado, contratista, afiliado, sucesor o cesionario que actúe en su nombre.

1. **Consentimiento para el tratamiento.** Doy mi consentimiento para recibir la atención médica y los procedimientos que recomiende mi Proveedor, incluyendo atención de emergencia, análisis de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes, diagnósticos y otros tratamientos. También permito que los residentes y los aprendices supervisados participen u observen mi atención como parte de su formación. Doy mi consentimiento para que se me hagan pruebas para enfermedades transmitidas por la sangre, como hepatitis, VIH o el SIDA, si las ordena mi Proveedor o el protocolo, y entiendo que los efectos secundarios suelen ser leves, como un dolor breve, ardor, sangrado o sensibilidad en el lugar de la aguja. Los resultados de las pruebas se mantendrán confidenciales en mi expediente médico.

2. **Consentimiento para el tratamiento mediante telemedicina.** Doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina, lo que permite a mis proveedores de atención médica compartir mi información médica con fines de diagnóstico, tratamiento, seguimiento o educación. Mi información podrá compartirse con terceros cuando sea necesario, sin que ello afecte a las medidas de protección de la confidencialidad. Entiendo que existen riesgos, como problemas técnicos o retrasos, y que no se pueden garantizar los resultados. Puedo negar o retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que ello afecte mi atención médica ni beneficios.

3. **Acuerdo económico.** Entiendo que el consultorio médico puede facturar a mi seguro. Yo (el Paciente o el Garante) me comprometo a pagar cualquier saldo pendiente que no cubra el seguro, incluyendo el coseguro, los deducibles, los servicios no cubiertos o las cantidades pendientes de pago debido a los límites o exclusiones de la póliza. Si pago de más, la cantidad excedente se aplicará a otros saldos pendientes antes de un reembolso. Puedo solicitar un estado de cuenta detallado y gratuito. Para los pacientes con cobertura de seguros gubernamentales o de ciertos seguros privados, los pagos pueden ajustarse según las reglas del programa o del plan.

4. **Los servicios profesionales prestados por contratistas y proveedores de atención independientes no forman parte de la factura del consultorio médico.** Entiendo y reconozco que los contratistas independientes y los profesionales de práctica avanzada que me prestan servicios en el consultorio médico no son agentes ni empleados del consultorio médico. Entiendo que es posible que no vea ni sea examinado por todos los médicos u otros profesionales de práctica avanzada que participan en mi atención; por ejemplo, es posible que no vea a los radiólogos o patólogos que participan en mi atención. Entiendo que, en la mayoría de los casos, se aplicará un cargo separado por los servicios profesionales prestados por estos proveedores y que recibiré una factura por estos servicios profesionales que será independiente de la factura por los servicios del consultorio médico.

5. **Relación jurídica entre el consultorio médico y los médicos y profesionales de práctica avanzada.** Los médicos independientes y los profesionales de práctica avanzada son responsables de sus propias acciones y el consultorio médico no se hace responsable de los actos u omisiones de dichos médicos independientes o profesionales de práctica avanzada. En la medida en que se imponga al consultorio médico la obligación de prestar cualquier tipo de atención, procedimiento, servicio o tratamiento, la responsabilidad de la prestación de dicha atención, procedimiento, servicio o tratamiento se delega en los profesionales de atención médica correspondientes.

6. **Cesión de beneficios.** Cedo mis beneficios de seguro al proveedor y autorizo el pago directo al Proveedor por los servicios, incluyendo atención de emergencia. Entiendo que mi seguro puede ser complementario a otra cobertura, y que aceptar el pago del seguro no impide que el Proveedor cobre cualquier saldo pendiente de otras fuentes. Acepto ayudar al Proveedor a cobrar el pago a cualquier parte responsable, incluyendo permitir que el Proveedor actúe en mi nombre si fuera necesario. Si recibo el pago directamente por mi atención, se lo haré llegar de inmediato al Proveedor. También autorizo al Proveedor a presentar reclamos, apelaciones o recursos legales en mi nombre por cualquier beneficio no pagado o pagado parcialmente, y a acceder a los documentos o la información necesarios de las aseguradoras u otras partes. Esta cesión es completa e incondicional, pero no me priva del derecho a reclamar el pago a mi aseguradora o plan médico.

7. **Certificación del paciente de Medicare y cesión de beneficios.** Certifico que toda la información que entrego cuando solicito el pago según el Título XVIII (“Medicare”) o el Título XIX (“Medicaid”) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al consultorio médico o al médico por el programa Medicare o Medicaid.

8. **Pacientes ambulatorios de Medicare.** Medicare no cubre los “medicamentos administrados por usted mismo” o los medicamentos que normalmente toma por su cuenta, salvo algunas excepciones limitadas. Si obtiene medicamentos administrados por usted mismo que no están cubiertos por la Parte B de Medicare, es posible que le cobremos el medicamento. Sin embargo, si está inscrito en un Plan de Medicamentos de la Parte D de Medicare, estos medicamentos pueden estar cubiertos según el material de inscripción del Plan de Medicamentos de la Parte D de Medicare. Si paga por estos medicamentos administrados por usted mismo, puede presentar un reclamo a su Plan de Medicamentos de la Parte D de Medicare para obtener un posible reembolso.

9. **Consentimiento para fotografías, grabaciones de video, digitales y de audio.** Reconozco que las actividades de seguridad, mejoramiento de la calidad, atención al paciente, operaciones de atención médica o actividades de manejo de riesgos del consultorio médico pueden implicar la grabación de fotografías, videos, grabaciones digitales o de audio u otras imágenes mías, incluyendo llamadas, y doy mi consentimiento para dichas imágenes y grabaciones. Entiendo que el consultorio médico conserva los derechos de propiedad de las imágenes o grabaciones. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifique solo se usarán y revelarán según lo permita la ley.

10. **Consentimiento para llamadas, correos electrónicos o mensajes de texto.** Autorizo el uso de cualquier dirección de correo electrónico o teléfono que proporcione (incluyendo las direcciones de correo electrónico o los teléfonos que proporcione para mi familia o representantes designados) (ya sean inalámbricos o fijos, e incluyendo las direcciones de correo electrónico y los teléfonos reenviados o transferidos desde la información proporcionada) para recibir información relacionada con mis servicios de atención médica y obligaciones económicas, incluyendo la información relacionada con la atención médica y las comunicaciones sobre costos. Acepto y doy mi consentimiento expresamente para que usted o su personal de atención al cliente y agentes de cobro puedan comunicarse conmigo por teléfono, en una línea grabada o con tecnología de marcación automática, en cualquier teléfono que haya proporcionado u obtenido, o en cualquier número reenviado o transferido desde ese número, en relación con los servicios prestados o mis obligaciones económicas relacionadas. Declaro (si no soy el paciente) que estoy autorizado por el paciente para recibir llamadas, mensajes de texto o mensajes de correo electrónico en su nombre y que participo en la atención del paciente o en el pago. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados/artificiales o dispositivos de marcación automática. Declaro que soy el titular de cualquier teléfono proporcionado y que soy responsable de avisar al Proveedor sobre cualquier cambio o actualización.

    Entiendo que los correos electrónicos y los mensajes de texto no están encriptados y que existe cierto riesgo de que la información incluida en los mensajes no encriptados pueda ser interceptada o recibida por terceros no deseados o almacenada o archivada por proveedores de servicios y operadores de sistemas. La información incluida en dichos mensajes puede incluir el nombre, la fecha/hora de las citas, el nombre o especialidad del médico/consultorio médico, el número de cuenta del paciente u otra información relacionada con su obligación económica o servicios. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes puede variar. Es posible que en el sitio web del consultorio médico se incluyan más términos sobre los mensajes de texto, que pueden actualizarse. Para dejar de recibir un cierto tipo de mensajes de texto, entiendo que puedo optar por no recibirlos avisando por escrito a SunState Medical Specialists, pero es posible que siga recibiendo mensajes de texto de otro tipo, a menos que envíe un aviso por separado para dejar de recibirlos. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con SunState Medical Specialists llamando al Teléfono de consultorio médico

11. **Uso y revelación de información.** Doy mi consentimiento para que los Proveedores usen y revelen mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, salud pública y otros fines permitidos por la ley vigente. La información cubierta por este consentimiento incluye historia y registros físicos, registros de emergencias, reportes de laboratorio, reclamos de farmacia e historia de recetas, notas de consultorio médico, notas de enfermería, resúmenes de alta, información sobre trastornos genéticos, psicológicos, psiquiátricos, de discapacidad intelectual y de abuso de sustancias, e información sobre enfermedades infecciosas, incluyendo las enfermedades transmitidas por sangre, como el VIH y el SIDA. Este consentimiento se aplica a usos y revelaciones con fines de atención coordinada o administración de casos; a cualquier persona o entidad que participe en el pago en nombre del paciente, incluyendo la verificación de la cobertura; y a la persona designada por mi empleador cuando los servicios estén relacionados con un reclamo de Compensación de los Trabajadores. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la revelación de mi información sobre atención médica a la Administración del Seguro Social o a la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo. Los Proveedores participan, o pueden participar en Intercambios de información médica (HIE) para compartir información médica para fines permitidos por la ley. A menos que avise por escrito al Proveedor de que no quiero participar, doy mi consentimiento para que se comparta mi información médica como se describe arriba.

12. **Otros reconocimientos.**

- **Armas/explosivos/drogas.** Entiendo y acepto que, si en cualquier momento el consultorio médico cree que puedo llevar o tener entre mis objetos personales un arma, un artefacto explosivo, una sustancia ilegal o una droga, o cualquier bebida con alcohol, el consultorio médico podrá poner fin a la relación consultorio médico/paciente.

Reconocimiento del Aviso de derechos y responsabilidades del paciente. Me han entregado una Declaración de derechos y responsabilidades del paciente que asegura que me tratarán con respeto y dignidad, sin discriminación ni distinción según edad, sexo, discapacidad, raza, color, ascendencia, ciudadanía, religión, embarazo, orientación sexual, identidad o expresión de género, país de origen, condición médica, estado civil, condición de veterano, fuente o capacidad de pago, o cualquier otra base prohibida por las leyes federales, estatales o locales. Entiendo que puedo entregar directivas anticipadas al Proveedor y que puedo solicitar información sobre cómo formular directivas anticipadas en el momento del registro o posteriormente.

Reconozco (escriba sus iniciales)

Aviso de prácticas de privacidad. Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad del consultorio médico, que describe las maneras en que el Proveedor puede usar y revelar mi información médica. Entiendo que esta información la puede revelar electrónicamente el Proveedor o los socios comerciales del Proveedor. Entiendo que puedo comunicarme con el director de Privacidad del consultorio médico designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja.

Reconozco (escriba sus iniciales)

Reconocimiento: Me han dado la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información contenida en este formulario, incluyendo específicamente, entre otras, las disposiciones sobre obligaciones económicas y la cesión de prestación de beneficios, y reconozco que no tengo preguntas o que mis preguntas las respondieron a mi satisfacción y que he firmado este documento libremente y sin más incentivo que la prestación de servicios por los Proveedores.

Reconozco (escriba sus iniciales)

Yo, el que suscribe, como el Paciente o Representante del paciente, o, en el caso de un Paciente menor de edad/con discapacidad, como el tutor legal, certifico que he leído y entiendo estas Condiciones de servicio del consultorio médico, y he firmado con conocimiento, libre y voluntariamente, y que estoy de acuerdo en regirme por sus términos. No he recibido promesas, certezas ni garantías en cuanto a los resultados de algún tratamiento o servicio médico. Si la cobertura del seguro es insuficiente, se deniega o no está disponible, el que suscribe acepta pagar todos los cargos no pagados por la aseguradora.

Fecha	Hora
Firma del paciente/Representante del paciente	Firma y cargo del testigo

Firma y cargo de otro testigo:
(se necesita para Pacientes que no pueden firmar sin un representante o Pacientes que se niegan a firmar)

Firma y cargo de otro testigo

Si usted no es el Paciente, identifique su relación con el Paciente. **(Marque la relación o relaciones en la lista de abajo):**

◯ Cónyuge ◯ Padre/madre ◯ Tutor legal ◯ Poder de atención médica ◯ Garante ◯ Otra (especifique) _____

Autorización para la revelación de información

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones.

Nombre del paciente	Teléfono del paciente
Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del SSN (opcional)

Teléfono del destinatario	Ciudad	Estado	Código postal
Fax del destinatario (solo para médicos o consultorios médicos)	Correo electrónico del destinatario		

Finalidad de la revelación ◯ A petición de la persona; u ◯ Otro destinatario tercero (especifique la finalidad) _____

Fechas de solicitud del servicio	Nombres y direcciones del centro

Solicitud de entrega (si se deja en blanco, se dará una copia impresa) ◯ Copia Impresa ◯ Medios electrónicos (si están disponibles) ◯ Correo electrónico cifrado ◯ Correo electrónico no cifrado

Hay cierto riesgo de que un tercero pueda ver su información sin su consentimiento cuando recibe medios o correos electrónicos sin cifrar. No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni de ningún riesgo (por ejemplo, virus) que pueda introducirse en su computadora/dispositivo cuando recibe PHI en formato electrónico o por correo electrónico.

Nota: Si el centro no puede atender una solicitud de entrega electrónica, se ofrecerá un método de entrega alternativo (por ejemplo, copia impresa).

Esta autorización vencerá después de 180 días o en la siguiente fecha (elija solo una opción) | Fecha de vencimiento | Evento de vencimiento

¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? ◯ No, entonces puede marcar abajo tantas opciones como necesite. ◯ Sí, entonces este es el único artículo que puede solicitar en esta autorización. Debe enviar otra autorización para los demás elementos que se indican abajo.

Descripción de la información que se usará o se revelará

◯ **Todos los registros pertinentes** incluyen los que se listan abajo

Otros registros

◯ Consulta ◯ Resumen del alta ◯ Reporte de ER ◯ Reporte de EKG ◯ Historia y examen físico ◯ Reporte clínico/de laboratorio ◯ Instrucciones para el alta ◯ Registro de trabajo de parto y parto ◯ Pruebas/terapias especializadas

◯ Lista de medicamentos ◯ Reporte quirúrgico ◯ Reporte patológico ◯ Lista de problemas ◯ Reporte radiológico ◯ Notas de evolución ◯ Órdenes médicas Otro _____

Para solicitudes de revelación de USCDI: Incluir todos los elementos definidos en los Datos básicos de Estados Unidos para la interoperabilidad. Se necesita dirección directa o identificador nacional del Proveedor.

Se proporcionará todo tipo de información que esté en los registros seleccionados arriba (si corresponde), incluyendo información que pueda considerarse sensible, como el abuso de alcohol o drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH o información sobre el SIDA. **Especifique cualquier información de abajo que quiera excluir:**

Entiendo que:

1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no puede estar sujeto a la condición de la firma de esta autorización.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la cancelación. Hay más información en el Aviso de prácticas de privacidad.
4. Si el destinatario no es un plan médico ni un proveedor de atención médica, es posible que la información revelada ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad y pueda volver a revelarse.
5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por un cargo razonable, si la pido.
6. Recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿La solicitud de la PHI es para fines de marketing o incluye la venta de la PHI?

◯ Sí ◯ No Si respondió "Sí", el plan médico o el proveedor de atención médica deben completar la sección B; de lo contrario, pase a la sección C.

¿Recibirá el proveedor una remuneración económica a cambio de usar o revelar esta información? ◯ Sí ◯ No | Si respondió "Sí", describa

¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar la información a cambio de una remuneración económica? ◯ Sí ◯ No

Sección C: Firmas

He leído la información de arriba y autorizo la revelación de la información médica protegida tal y como se indica.

Firma del paciente/Representante del paciente	Fecha
Escriba en letra de molde el nombre del Representante del paciente	Relación con el paciente
	ID verificado por (iniciales)

Formulario de autorización de revelación de la HIPAA y preferencias de comunicación

En general, la norma de privacidad de la HIPAA da a las personas el derecho a solicitar que se limite el uso y la revelación de su información médica protegida (PHI). La persona también tiene derecho a solicitar que las comunicaciones sean confidenciales o que la comunicación de la PHI se haga por medios alternativos o se comunique a las partes designadas autorizadas, incluyendo a los familiares.

Quiero que se comuniquen conmigo de las siguientes maneras (marque todo lo que corresponda):

- ◯ **Teléfono celular**
  - ◯ Dejar un mensaje con información detallada
  - ◯ Solo dejar un mensaje con la información para devolver la llamada
- ◯ **Teléfono del trabajo**
  - ◯ Dejar un mensaje con información detallada
  - ◯ Solo dejar un mensaje con la información para devolver la llamada
- ◯ **Teléfono de casa**
  - ◯ Dejar un mensaje con información detallada
  - ◯ Solo dejar un mensaje con la información para devolver la llamada
- ◯ **Correspondencia por escrito**
  - ◯ Enviar el correo a mi dirección de domicilio que está en el archivo
  - ◯ Enviar el correo a la dirección que se indica abajo:

Por la presente, autorizo a una o a todas las personas designadas abajo a solicitar, hablar y recibir cualquier información médica protegida sobre mi atención médica y tratamiento. Esta PHI incluye información sobre mi tratamiento, facturación, pagos o cualquier información contenida en mis expedientes médicos. Entiendo que se debe verificar la identidad de la persona designada antes de revelar la PHI.

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

Esta autorización estará vigente desde la fecha de la firma de abajo hasta que se revoque.
Usted tiene derecho a revocar esta autorización por escrito.

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.
- Entiendo que la información que se revele a cualquiera de las personas autorizadas arriba ya no estará protegida por la ley federal o estatal y podrá revelarse nuevamente por la persona de arriba.

Nombre del paciente o Representante legal, en letra de molde	
Firma del paciente/Representante legal del paciente	Fecha

Mercado de los condados de Lee y Collier, Florida

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act) de 2010. Aviso para el paciente sobre servicios diagnósticos por MRI, PET o CT.

Estimado/a paciente:

Si su médico considera que es conveniente remitirlo a servicios de diagnóstico por MRI, PET o CT como parte de su evaluación y tratamiento médicos, es posible que tengamos disponibles estos servicios en uno de nuestros centros. Le proporcionaremos información sobre esas opciones.

Sin embargo, usted puede elegir libremente el proveedor de este servicio. Según nuestra información, los siguientes proveedores ofrecen estos servicios en el área:

Nombre: Radiology Regional Centers
Dirección: 6100 Winkler Road, Fort Myers, FL 33919
Teléfono: (239) 936-4068

Nombre: Advanced Radiology Imaging Associates
Dirección: 2721 Del Prado Blvd., Ste 110, Cape Coral, FL 33904
Teléfono: (239) 454-2742

Nombre: Florida Radiology Consultants
Dirección: 8791 Conference Drive, Fort Myers, FL 33919
Teléfono: (239) 331-5566

Nombre: Naples Diagnostic Imaging Center
Dirección: 311 North Tamiami Trail, Ste 104, Naples, FL 34102
Teléfono: (239) 624-4443

Nombre: Radiology Regional Centers
Dirección: 700 Goodlette Road, Naples, FL 34102
Teléfono: (239) 936-4068

Nombre: SimonMed Imaging
Dirección: 730 Goodlette Road, Naples, FL 34102
Teléfono: (239) 307-0234

Nombre: ProScan Open MRI & CT
Dirección: 260 Tamiami Trail N, Naples, FL 34102
Teléfono: (239) 261-1227