



Hoja de Información del Paciente

Fecha: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ SS# _____ - _____ - _____

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Raza: Blanco Negro Otro _____

Origen étnico: No hispano Hispano Lenguaje: Inglés Español Francés/Creole Otro _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Médico de atención primaria (PCP): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Farmacia Preferida: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Seguro Primario

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente: Yo Cónyuge Hijo Otro _____ SS# _____ - _____ - _____

Compañía de seguros: _____ Grupo #: _____ ID#: _____

Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente: Yo Cónyuge Hijo Otro _____ SS# _____ - _____ - _____

Compañía de seguros: _____ Grupo #: _____ ID#: _____

Empleo:

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleado: _____

Teléfono del empleador: _____

Si la paciente es menor de edad:

Nombre de la madre: _____ Teléfono de la madre: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono del padre: _____

Cuestionario de Salud

Fecha: _____

Nombre completo: _____ Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____

Razón de la visita: _____

Coloque una marca de verificación junto a cualquier síntoma que tenga actualmente e indique el año si los síntomas ocurrieron en el pasado.

General	<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Tensión <input type="checkbox"/> Pérdida de balance	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Pérdida/ganancia de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Cambio en los patrones de sueño
Piel	<input type="checkbox"/> Erupciones	<input type="checkbox"/> Cánceres	<input type="checkbox"/> Cambio en cabello, piel o uñas
Ojos	<input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Cambios en la vision	<input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Descarga	<input type="checkbox"/> Dolor
Oreja, nariz y garganta	<input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Sangrado de nariz <input type="checkbox"/> Pitido en los oídos	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Cambio en la voz <input type="checkbox"/> Dolor Sinusal / Problemas	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> Nariz que moquea persistentemente
Corazón	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Hinchazón en los tobillos	<input type="checkbox"/> Palpitaciones
Pulmones	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sibilancias
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangre en heces <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Cambio en los movimientos intestinales	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos
Genito-Urinario	Todos: <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción dolorosa o frecuente <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Micción excesiva	Mujeres: <input type="checkbox"/> Secreción vaginal <input type="checkbox"/> Cambio en el ciclo menstrual o función sexual	Hombres: <input type="checkbox"/> Dolor testicular <input type="checkbox"/> Flujo urinario disminuido <input type="checkbox"/> Descarga del pene <input type="checkbox"/> Cambio en la función sexual
Muscul-Esquelético	<input type="checkbox"/> Articulaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Dolor de brazo (D o I) <input type="checkbox"/> Dolor de codo (D o I)	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor de pierna (D o I) <input type="checkbox"/> Dolor de muñeca (D o I)	<input type="checkbox"/> Espasmo muscular <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla (D o I) <input type="checkbox"/> Dolor de hombro (D o I)
Neuro/Psych	<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Vértigo	<input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Debilidad de mano, brazo o pierna
Alergia	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	
Circulación	<input type="checkbox"/> Hinchazón de la pierna	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	

Enumere los síntomas adicionales no mencionados anteriormente:



Cuestionario de Salud

¿Su condición se debe a un accidente? Auto Compensación del Trabajador Resbalón o caída Otro

Si es así, fecha del accidente: ____ / ____ / ____

Coloque una marca de verificación junto a cualquier condición crónica que pueda tener:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Cardiopatía |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfisema / enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Problemas de riñon |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Artritis |

Enumere las condiciones adicionales no identificadas anteriormente:

Enumere las cirugías y hospitalizaciones anteriores (incluya la fecha) _____

Medicamentos actuales (nombre, dosis, frecuencia) _____

Alergias (reacciones a medicamentos, alimentos, etc.) _____

Historial Médico Familiar (marque todos los que correspondan)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Cardiopatía |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfisema / enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Problemas de riñon |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Artritis |

Enumere condiciones adicionales no identificadas anteriormente:

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía de seguros o programa autoasegurado, o presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa, comete fraude de seguro y es punible según lo dispuesto en Estatuto de Florida 817.234



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

Nos sentimos honrados de que haya elegido Central Palm Beach Physicians and Urgent Care, Inc. d/b/a Total MD y/o Total MD Orthopedics and Neuro-surgery, LLC (colectivamente "TOTAL MD") para servir como su proveedor de atención médica. Salvo que se disponga lo contrario en legislación, las leyes federales y estatales requieren su autorización expresa por escrito para divulgar información médica protegida- ción que incluye, entre otras, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual - es("STDs"), tratamiento de alcohol y drogas y / o tratamiento de curación mental.th Treatment.

Este formulario autoriza la divulgación de información de salud sensible y/o Información relacionada con el VIH. Al marcar la(s) casilla(s) a continuación y firmar este formulario, información de salud sensible y/o información relacionada con el VIH se puede dar a la siguiente fecha o evento

Autorización. Por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de la siguiente información de salud (**por favor, inicialmente todo lo que corresponda**):

- Formularios completos de admisión de
- Registros Médicos
- Notas del médico / proveedor Películas e informes de
- Radiología Laboratorio / Pruebas de patología y
- Resultados Pruebas de diagnóstico e informes
- Pruebas de diagnóstico e informes
- Registros de facturación médica

Por la presente, consiento específicamente la divulgación de la siguiente información de salud específica (**por favor ponga todas las iniciales que correspondan**):

- VIH / SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual
- Tratamiento con alcohol y drogas
- Tratamiento de salud mental
- Asesoramiento genético / Pruebas de información
- Enfermedades transmisibles

Recipiente. TOTAL MD puede divulgar mi información de salud descrita anteriormente a la (s) siguiente (s) persona (s) o clase de personas:

- Cualquier otro médico tratante, proveedor o centro de diagnóstico / imagen (por ejemplo, laboratorios, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc.) Las compañías de seguros; Pagadores de primera, segunda y tercera parte o compañías de seguros de vida / discapacidad Empresas prescristas de suministros médicos duraderos y farmacias Compensación de trabajadores: según las pautas de compensación de trabajadores, todas sus consultas, laboratorios y resultados de pruebas relacionados con la lesión deben ser entregados a su empleador, a la compañía de compensación de trabajadores y a su abogado, y usted, el paciente. Negarse a firmar no se aplica a una lesión relacionada con el trabajo

Abogado: _____
 Teléfono: _____
 Pariente: _____
 Relación: _____
 Teléfono: _____
 Otro: _____
 Relación: _____
 Teléfono: _____

Derecho a revocar. Entiendo que puedo restringir a las personas u organizaciones a las que se divulga mi información médica. Además, entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento; sin embargo, mi revocación debe ser por escrito a través del correo certificado de los EE. UU. a TOTAL MD en la dirección de la oficina que figura a continuación y / o fax al (561) 641-8303. TOTAL MD solo debe cumplir con dicha revocación en la medida en que sea coherente con su Aviso de prácticas de privacidad. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que TOTAL MD reciba mi aviso por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada por TOTAL MD en dependencia de esta Autorización antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.

Re-divulgación. La información que TOTAL MD utiliza o divulga en función de la autorización que otorgo puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona que recibe la información y ya no puede estar protegida por las normas de privacidad federales o estatales.

Rechazo. Tengo derecho a negarme a otorgarle a TOTAL MD esta autorización. Si no doy la autorización, no afectará el tratamiento que recibo.

Inspeccionar / Copiar. Puedo inspeccionar o copiar la información que TOTAL MD puede enviar en cualquier momento.

Término. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización entrará en vigencia a partir de la fecha establecida a continuación y permanecerá vigente hasta (caduca en un año si no se proporciona una fecha):

_____ La siguiente fecha o evento: _____
 _____ Total MD cumple con la solicitud.

Propósito. Autorizo a TOTAL MD a usar o divulgar mi información confidencial de salud o relacionada con el VIH al destinatario y por el término descrito anteriormente para el siguiente propósito específico [por ejemplo: "A solicitud del paciente", "Para fines de diagnóstico o tratamiento "O" A los fines de mi evaluación, plan de tratamiento, asistencia o plan de alta "]:

Por la presente, reconozco que he recibido una copia de esta autorización. He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud. Con mi firma a continuación, autorizo consciente y voluntariamente a TOTAL MD a usar o divulgar mi información confidencial de salud y / o relacionada con el VIH de la manera descrita anteriormente.

Firma del paciente

Firma del padre o tutor (si corresponde)

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)

Fecha: _____

Propósito. Autorizo a TOTAL MD a usar o divulgar mi información confidencial de salud o relacionada con el VIH al destinatario y por el término descrito anteriormente para el siguiente propósito específico [por ejemplo: "A solicitud del paciente", "Para fines de diagnóstico o tratamiento "O" A los fines de mi evaluación, plan de tratamiento, asistencia o plan de alta "]: por la presente reconozco que he recibido una copia de esta autorización. He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud.

Con mi firma a continuación, autorizo consciente y voluntariamente a TOTAL MD a usar o divulgar mi información confidencial de salud y / o relacionada con el VIH de la manera descrita anteriormente.

Firma del paciente

Firma del padre o tutor (si corresponde)

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)

Fecha: _____

USE ESTA SECCIÓN SOLO SI EL CLIENTE REVOCA EL CONSENTIMIENTO

Fecha de revocación del consentimiento

Firma del Cliente o Representante Legal

Testigo

Relación del Representante Legal con el Cliente



ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, _____, por la presente autorizo y dirijo _____
(Nombre de la compañía de seguros) para pagar directamente a Total MD, 4623 Forest Hill Blvd, Suite 101, West Palm Beach, FL 33415, de manera tal que pueda ser debido y adeudado por los servicios prestados a mí.

Por la presente IRREVOCABLY ASSIGN to Total MD cualquier derecho y beneficio, incluyendo el derecho de presentar demandas o resolver reclamos, bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización, o cualquier otra fuente de garantía como se define en los Estatutos de Florida para cualquier servicio y cargos proporcionados por Total MD. En el caso de que mi compañía de seguros no pague las facturas de Total MD en su totalidad y de conformidad con los términos de mi póliza de seguro, por la presente instruyo a la compañía de seguros para que reserve todos los fondos en una cantidad que sería suficiente para pagar dichas facturas en su totalidad de acuerdo con los cargos presentados. Como parte de esta asignación de beneficios, además instruyo a la compañía de seguros para notificar al proveedor inmediatamente después de cualquier disputa en cuanto al pago para que pueda preservar y ejercer sus derechos legales. Además, además de notificarme a mí y a mi representante legal, instruyo al transportista de seguros para notificar inmediatamente al Proveedor de cualquier examen programado bajo juramento o exámenes médicos independientes. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave del tercer grado. He leído la información aquí contenida y es fiel a lo mejor de mi conocimiento y creencia. A cambio de que el paciente asigne los derechos y beneficios bajo el seguro, Total MD permitirá que el paciente preste servicios sin cobrar los pagos en este momento.

Iniciales X_____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Por la presente autorizo a Total MD (i) a divulgar a mi compañía de seguros o abogado con toda la información que pueda estar contenida en mis registros médicos, incluyendo, pero no de seguros limitado al tratamiento de drogas / alcohol, registros de salud mental, pruebas y resultados de VIH / SIDA y pruebas y resultados de ETS; (ii) obtener información de cobertura telefónicamente de mi aseguradora; (iii) solicitar un registro de pago PIP escrito y no redactado a las aseguradoras; y (iv) para obtener copias de mis registros médicos, incluyendo pero no limitado a, documentos, informes, escaneos, notas, opiniones, radiografías y resonancias magnéticas recibidas de cualquier otro proveedor médico o cualquier compañía de seguros. La aseguradora está dirigida a mantener los registros médicos del paciente privados y confidenciales. La NO está autorizada a proporcionar estos registros médicos a nadie, incluidos, entre otros, proveedores externos, sin el permiso previo por escrito del paciente o del proveedor. Una fotocopia de este documento será suficiente para autorizar a cualquier persona que tenga registros de tratamiento médico, servicios o suministros que me pertenezcan a la liberación de copias verdaderas de los mismos a Total MD o a cualquier aseguradora que me proporcione cobertura en relación con el procesamiento de cualquier reclamo de beneficios hechos por mí o por el cesionario aquí.

Iniciales X_____

PODER LEGAL Por la presente nombro y autorizo a Total MD y a sus agentes y empleados como poder notarial a respaldar o firmar mi nombre en cualquier cheque, borrador o giro postal para el pago de los servicios médicos que me proporcionan. Además, por la presente nombro y autorizo a Total MD o a cualquiera de sus agentes como poder notarial a firmar mi nombre en cualquier papel que sea necesario para mejorar, agilizar y/o permitir cualquier reclamo de pago o pago a dicho proveedor.

Iniciales X_____

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante personal

Relación con el paciente



CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN, LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento voluntariamente a todos los exámenes médicos, pruebas, procedimientos, curso de tratamientos, la administración de todos los anestésicos, y todos los medicamentos que en el juicio u opinión médica de Total MD pueden considerarse necesarios o aconsejables para mi diagnóstico o tratamiento. Entiendo que tales servicios pueden incluir, pero no limitado a, pruebas diagnósticas, exámenes, medicamentos, servicios radiológicos, fisioterapia y tratamientos quiroprácticos. Doy mi consentimiento voluntariamente a dichos servicios y tratamientos médicos de cualquier médico, proveedor de nivel medio (Enfermera Practicante, Asistente Médico o Especialista en Enfermería Clínica), u otros profesionales de la salud, empleados, contratistas independientes o designados de Total MD.

Este consentimiento continúa por naturaleza incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se recomiende el tratamiento, y este consentimiento se extiende a todas las oficinas de Total MD o a cualquier otra oficina o entidad de satélite bajo propiedad o control común. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor y eficacia hasta que se revoque por escrito. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento o interrumpir los servicios de Total MD en cualquier momento. También entiendo que Total MD puede ser liberado antes de que mi condición médica o problemas sean conocidos o tratados. Es mi responsabilidad hacer los arreglos para cualquier atención de seguimiento necesaria.

Entiendo que tengo el derecho de discutir el plan de tratamiento con mi médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para mí. Si tengo alguna preocupación con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por mi proveedor de atención médica, entiendo que me alienta a hacer preguntas.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones mencionadas y consiento voluntariamente su contenido.

Firma del paciente o representante personal

Fecha:

Nombre impreso del paciente o representante personal

Relación con el paciente



SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Autorizo la divulgación de mis registros médicos y/u otra información de atención médica, incluyendo formularios de admisión, notas de gráficos, informes, y cualquier otra información relacionada con mi salud y tratamiento será enviada a **Total MD en la ubicación de la oficina especificada a continuación.**

Además, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información médica protegida a **Total MD (inicialmente todo lo que corresponda):**

____ **Salud mental** ____ **Prueba de VIH** ____ **Asesoramiento / pruebas genéticas**

____ **Drogas y / o alcohol** ____ **Registros de SIDA** ____ **ETS / Enfermedades Transmisibles**

4623 Forest Hill Blvd. West Palm Beach, Florida 33415 P: (561) 967-8888 F: (561) 641-8303	8200 Okeechobee Blvd. West Palm Beach, Florida 33411 P: (561) 964-1111 F: (561) 967-3144	1905 Clint Moore Rd. Suite 308, Boca Raton, Florida 33496 P: (561) 981-8011 F: (561) 981-8013	2700 W. Cypress Creek Suite C100, Fort Lauderdale, Florida 33309 P: (954) 974-3111 F: (954) 974-6191	8100 Royal Palm Blvd. Suite 105 Coral Springs, Florida 33065 P: (954) 345-6789 F: (954) 345-7998
---	--	---	--	--

Firma del paciente o representante personal

Fecha:

Nombre impreso del paciente o representante personal

Relación con el paciente



POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y CITA PERDIDA

Cada vez que un paciente pierde una cita sin avisar adecuadamente, se impide que otro paciente reciba atención. Es importante que los pacientes lleguen a tiempo a todas las citas programadas o cancelen la cita 24 horas por adelantado. Total MD se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$ 30.00 por todas las citas perdidas o canceladas sin previo aviso de 24 horas.

La tarifa se facturará a la cuenta del paciente a criterio exclusivo de Total MD. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples fallas en la notificación oportuna de citas canceladas, en cualquier período de 12 meses, pueden resultar en su terminación como paciente de nuestra práctica.

Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta política.

Firma del paciente o representante personal

Fecha:

Nombre impreso del paciente o representante personal

Relación con el paciente