

**Favor de Imprimir**

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Medico Anterior: \_\_\_\_\_

¿A quien podemos agradecer por referirlo a nosotros? \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ #Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Numero Casa: \_\_\_\_\_ Numero Trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Al escribir mi correo electrónico arriba, certifico que estoy permitiendo a veriMED contactarme a través de mi correo electrónico. Si en algún momento no desea recibir esta información o necesita cambiar el correo electrónico registrado, favor de comunicarse con la oficina. TRATAMOS SU CORREO ELECTRONICO CON LAS NORMAS DE HIPAA – NO SE COMPARTE Y NO SE VENDE.

Nombre de la Farmacia/Ciudad: \_\_\_\_\_ Numero de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnica: \_\_\_\_\_ Language: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleado (**Si es empleado**): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Número de Licencia/ Estado: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del Seguro y el número de Póliza: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Dirección del Reclamo del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Secundario y Número de Póliza (**si aplica**): \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Dirección del Reclamo del Seguro: \_\_\_\_\_

**Favor de presentar la tarjeta de Seguro al personal de la oficina de al frente.**

Estado Marital: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cónyuge \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de teléfono del cónyuge: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia primario:

Familiar más cercano que no viva con usted: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar a la persona mencionada en caso de emergencia?  Sí  No

Contacto de emergencia secundario:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar a la persona mencionada en caso de emergencia?  Sí  No

### Historial Medico

#### Medicamentos/Prescripción incluyendo los que no recetados:

Nombre del Medicamento	Dosis (miligramos)	¿Cuántas veces al día?

¿Tiene alergia a medicamentos, tintes de Rayos X y/u otras sustancias?  Si  No

Si es si, cual fue la reacción: \_\_\_\_\_

#### Favor de marcar el círculo al lado de cualquier condición médica que le hayan diagnosticado en el pasado:

<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Adicción Droga o Alcohol	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Enfermedades de transmisión sexual o venéreas
<input type="radio"/> Artritis Dónde:	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Colesterol Alto	<input type="radio"/> Accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio
<input type="radio"/> Trastornos de la sangre	<input type="radio"/> Enfermedad de la Vesícula	<input type="radio"/> Hipertensión	<input type="radio"/> Tuberculosis o Expuesto a Tuberculosis
<input type="radio"/> Cáncer Donde:	<input type="radio"/> Glaucoma o Ceguera	<input type="radio"/> Enfermedad de los Riñones	<input type="radio"/> Enfermedad de la Tiroides
<input type="radio"/> Colitis	<input type="radio"/> Gota	<input type="radio"/> Enfermedad Mental	<input type="radio"/> Transfusión Fecha:
<input type="radio"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="radio"/> Enfermedad del Corazón	<input type="radio"/> Neumonía	<input type="radio"/> Ulceras
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Hemorroides	<input type="radio"/> Enfermedad de la piel	<input type="radio"/> Otros:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial médico pasado y revisión de síntomas:**

Favor de anotar y fechar cirugías: \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones que no hayan sido por cirugías:**

**Historial Familiar**

Madre:  Viva  Falleció a (edad): \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Padre:  Vivo  Falleció a (edad): \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Familia:  Hermano  Hermana  Vivo  Falleció a (edad): \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Familia:  Hermano  Hermana  Vivo  Falleció a (edad): \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Familia:  Hermano  Hermana  Vivo  Falleció a (edad): \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Familia:  Hermano  Hermana  Vivo  Falleció a (edad): \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

**¿Algún miembro de la familia (padres, abuelos y hermanos) ha tenido lo siguiente? Si es así, ¿Qué miembro de la familia?**

<input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Epilepsia Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio Miembro Familiar: _____
<input type="checkbox"/> Cáncer Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis o Expuesto a Tuberculosis Miembro Familiar: _____
Tipo: _____ Dónde: _____	<input type="checkbox"/> Glaucoma o Ceguera Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides Miembro Familiar: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Gota Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Ulceras Miembro Familiar: _____
<input type="checkbox"/> Drogadicción o Alcoholismo Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Neumonía Miembro Familiar: _____	<input type="checkbox"/> Otros: Miembro Familiar: _____

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial Social**

- ¿Usted toma alcohol?  SI – Bebidas por día \_\_\_\_\_  NO
- ¿Usted toma Cafeína? (café, té, sodas)?  SI – Bebidas por día \_\_\_\_\_  NO
- ¿Usas tabaco?  SI – Paquetes al día \_\_\_\_\_  NO
- ¿Actualmente Fuma?  SI – Paquetes al día \_\_\_\_\_  NO
- ¿Eres un ex fumador?  SI – ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_  NO

**Record de Inmunización**

Influenza	<input type="radio"/> SI — Fecha: ____/____/____ <input type="radio"/> No	¿Otras Vacunas? <input type="radio"/> Si Enumere otros a continuación si <input type="radio"/> No es “SI”
Hepatitis A	<input type="radio"/> SI — Fecha: ____/____/____ <input type="radio"/> No	Nombre Vacuna: _____ Fecha: ____/____/____
Hepatitis B	<input type="radio"/> SI — Fecha: ____/____/____ <input type="radio"/> No	Nombre Vacuna: _____ Fecha: ____/____/____
Neumonía	<input type="radio"/> SI — Fecha: ____/____/____ <input type="radio"/> No	Nombre Vacuna: _____ Fecha: ____/____/____
Herpes	<input type="radio"/> SI — Fecha: ____/____/____ <input type="radio"/> No	Nombre Vacuna: _____ Fecha: ____/____/____
Tétano	<input type="radio"/> SI — Fecha: ____/____/____ <input type="radio"/> No	Nombre Vacuna: _____ Fecha: ____/____/____

Enumere cualquier otra inquietud que le gustaría discutir con su médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Guardián Legal/Poder legal: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

<b><u>For Physician Use Only</u></b>
Physician Signature: _____  Date: _____

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



### Lista de proveedores y especialistas anteriores:

- Nombre del Medico: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
- Nombre del Medico: \_\_\_\_\_
- Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
- Nombre del Medico: \_\_\_\_\_
- Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
- Nombre del Medico: \_\_\_\_\_
- Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
- Nombre del Medico: \_\_\_\_\_
- Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



*RECONOCIMIENTO DE RECIBO O AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD*

*\*Puede negarse a firmar este acuse de recibo\**

I, \_\_\_\_\_ he recibido una copia de  
Aviso de Prácticas de Privacidad de  
esta Oficina.

\_\_\_\_\_  
(Imprima el nombre)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Sólo para uso de oficina**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohíben obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otro (Especificar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# AVISO DE HIPAA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 26 de marzo de 2013

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**

## **POR FAVOR, REVÍSALO CUIDADOSAMENTE**

Este Aviso se le proporciona de conformidad con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 y sus regulaciones de aplicación ("HIPAA"). Está diseñado para decirle cómo podemos, bajo la ley federal, usar o divulgar su Información de Salud. Se ha actualizado a los requisitos de la regla Omnibus de HITECH.

### **I. Sus derechos**

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de su Información de Salud. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con todas las solicitudes. Se le permite restringir la transmisión de cargos de atención médica a su compañía de seguros si paga por esos servicios, en su totalidad, por otros medios,

Usted tiene derecho a recibir su Información de Salud por medios confidenciales y de una manera que sea razonablemente conveniente para usted y nosotros.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su Información de Salud, puede solicitar sus registros en formato digital y hacer que sus registros sean enviados digitalmente a otro proveedor con autorización por escrito.

Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su Información de Salud que sea incorrecta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su información médica y le proporcionaremos información sobre nuestra denegación y cómo puede estar en desacuerdo con la denegación.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su Información de Salud hechas por nosotros, excepto que no tenemos que dar cuenta de las divulgaciones: autorizadas por usted, hechas para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica; proporcionadas a usted, proporcionadas en respuesta a una Autorización; hechas con el fin de notificar y comunicarse con los miembros de la familia aprobados; y / o para ciertas funciones gubernamentales, por nombrar algunas.

Se le ha proporcionado una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si desea tener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA al (800) 957-9882.

### **II. Podemos usar o divulgar su información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin obtener su autorización previa y aquí está un ejemplo de cada uno:**

Podemos proporcionar su información médica a otros profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos, con el fin de brindarle atención.

Nuestro departamento de facturación puede acceder a su información y enviar sartenes relevantes a las compañías de seguros para permitir que se nos pague por los servicios que le prestamos.

Podemos acceder o enviar su información a nuestros abogados o contadores en caso de que necesitemos la información para abordar una de nuestras propias funciones comerciales. Nuestros abogados y contadores están obligados a mantener la confidencialidad cuando reciben información del paciente.



### **III. También podemos usar o divulgar su información de salud bajo ciertas circunstancias sin obtener su Autorización.**

Sin embargo, en general, intentaremos asegurarnos de que se le haya informado del uso o divulgación de su Información de salud antes de proporcionarla a otra persona, las instancias en las que necesitemos divulgar información incluyen, entre otras pero no se limitan a:

Notificar y/o comunicarse con su familia. Solo nos comunicaremos con los miembros de la familia con los que estamos autorizados a comunicarnos en función de su finalización del formulario Autorización para divulgar información médica a familiares y amigos.

Según lo requerido por la ley.

Para actividades de supervisión de la salud. Podemos usar o divulgar su Información de salud a las agencias de supervisión de la salud durante el curso de auditorías, investigaciones, certificación y otros procedimientos.

En respuesta a citaciones civiles o para procedimientos administrativos judiciales. Podemos usar o divulgar su Información de Salud, según las instrucciones, en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial civil.

Al personal de las fuerzas del orden. Podemos usar o divulgar su Información de salud a un funcionario de la ley para cumplir con una orden judicial o citación del gran jurado y otros propósitos de aplicación de la ley.

Para fines de donación de órganos- Podemos usar o divulgar su Información de salud con el propósito de comunicarse con organizaciones involucradas en la adquisición, banca o trasplante de órganos y tejidos.

Por Compensación de Trabajadores. Podemos usar o divulgar su Información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores.

### **IV. Para todas las demás circunstancias, solo podemos usar o divulgar su información médica después de haber firmado una autorización. Si nos autoriza a usar o divulgar su Información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.**

- Recaudación de Fondos. En caso de que nuestra práctica utilice la información del paciente para recaudar fondos, informaremos a las personas que tienen el derecho de optar por no recibir solicitudes de recaudación de fondos y explicaremos ese proceso. Usted tiene la capacidad de volver a participar si tiene una notificación por escrito.
- Mercadeo. Si nuestra práctica utiliza la información del paciente con fines de mercadear, primero obtendremos su autorización por escrito y explicaremos completamente los usos y divulgaciones de la Información de salud del paciente con fines de mercadear, y las divulgaciones que constituyan una venta de Información de salud del paciente requerido requerirá una autorización por escrito por separado.
- Uso o Divulgación de Notas de Psicoterapia, Se requiere autorización por escrito si nuestra práctica tiene la intención de usar o divulgar notas de psicoterapia.
- Aviso de incumplimiento. Todos los pacientes serán informados si hay una violación, según lo definido por las reglas federales, de su información de salud protegida no segura según lo requerido por las regulaciones de la HIPAA.

Derecho a solicitar restricciones para divulgaciones relacionadas con el auto pagó. Nuestra práctica está obligada a cumplir con una solicitud de no revelar información médica a un plan de salud para el tratamiento cuando la persona ha pagado en su totalidad de su bolsillo por un artículo o servicio de atención médica y ha firmado nuestro "No presentar formulario de seguro".



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



**V. Se le debe informar que también podemos usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos:**

Recordatorios de citas Podemos usar su información médica para comunicarnos con usted para proporcionar recordatorios de citas o para proporcionar información sobre otros tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés,

Cambio de propiedad. En el caso de que nuestro negocio se venda o sea combinada con otra organización, su información de salud /registro pasará a ser propiedad del nuevo propietario.

**VI. Nuestros deberes**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información de Salud y a proporcionarle una copia de este Aviso.

También estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso.

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento en el futuro y para hacer que las nuevas disposiciones del Aviso sean aplicables a toda su

Información incluso si se creó antes del cambio en el Aviso. Si se realiza alguna modificación que cambie materialmente este Aviso, le enviaremos otra copia.

**VII. Quejas a nuestra práctica y al Gobierno**

Usted puede presentar quejas a nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA o a Seguridad del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) si cree que sus derechos han sido violados,

Revisamos todas las quejas de manera profesional y le mantenemos informado de sus derechos como nuestro paciente.

Nos comprometemos a no tomar represalias contra usted por cualquier queja que usted haga sobre nuestras prácticas de privacidad.

**VIII. Información de contacto**

Puede ponerse en contacto con nosotros sobre nuestras prácticas de privacidad o presentar una queja llamando a nuestro Oficial de Privacidad: (800) 957-9882

Puede comunicarse con el DHHS al: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S. W., Washington- D.C. 20201, Teléfono: 202-619057, Número gratuito: 1-877-696-6775.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## Cuestionario de pacientes HIPAA

1. Por favor de enlistar los miembros familiares u otra persona (s), si alguno, que podamos informarle sobre su condición médica general y de sus diagnósticos (incluyendo tratamiento, pagos y operaciones de salud):

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. De Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. De Teléfono: \_\_\_\_\_

2. Autorizo la discusión de mi condición médica general y diagnósticos (incluyendo tratamiento, pagos y operaciones de salud) con:  cónyuge  Hijos  Otro

Nombre(s): \_\_\_\_\_

3. Por favor de enlistar los miembros familiares u otros, si alguno, que podamos informarle sobre su condición médica **SOLAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. De Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. De Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Imprima la dirección donde usted desea que le enviemos la factura de pago y/o correspondencia de nuestra oficina *si es diferente a la de su casa.* (**Comunicación Confidencial**)

\_\_\_\_\_

5. Por favor de indicarnos si usted desea que toda correspondencia enviada de nuestra oficina sea sellado en un sobre con “**CONFIDENCIAL**” imprimido:  Si  No

6. Por favor de imprimir el número de teléfono donde usted desea recibir llamadas sobre sus citas, resultados de laboratorios y rayos X u otra información de operaciones de salud *si es diferente a la de su casa* (\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

7. **ESTOY CONCIENTE QUE EL CELULAR NO ES UNA LINEA SEGURA Y PRIVADA.** ¿Se puede dejar mensajes confidenciales (ej., recordatorios de citas) en su contestador de mensajes o en su mensaje de voz?  
 Si  No

8. Yo autorizo que las siguientes personas puedan recoger mi record médicos / recetas / resultados médicos:  
 Cónyuge  Hijos  Otros

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Esta Autorización es solamente válida para las personas que yo he enlistado.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(Guardián, si el paciente es menor)

FIRMA DEL PACIENTE/GUADIAN: \_\_\_\_\_

FIRMA DE TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(Empleados del personal/Administrador)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## BILL DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

La ley de Florida requiere que su proveedor de atención médica o centro de atención médica reconozca sus derechos mientras usted está recibiendo atención médica y respeta el derecho de ese proveedor de atención médica o centro de atención médica a esperar cierto comportamiento por parte de los pacientes. Usted puede solicitar una copia o texto completo de esta ley de su proveedor de atención médica o centro. A continuación se presenta un resumen de sus derechos y responsabilidades:

Un paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual, y con la necesidad de protección de la privacidad.

Un paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a las preguntas y solicitudes.

Un paciente tiene derecho a saber quién está proporcionando servicios médicos y quién es responsable de su atención

Un paciente tiene derecho a qué servicios de apoyo están disponibles, incluyendo si un intérprete está disponible si él o ella no habla inglés.

Un paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta

Un paciente tiene derecho a recibir información del proveedor de atención médica sobre el diagnóstico, el curso planificado del tratamiento, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.

Un paciente tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.

Un paciente tiene derecho a ser dado a petición información completa y asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos a su cuidado:

Un paciente que es elegible para Medicare tiene el derecho de saber, previa solicitud y antes del tratamiento; si el proveedor de atención médica o el centro de atención médica aceptan la tasa de asignación de Medicare.

Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, una estimado razonable de los cargos por atención médica.

Un paciente tiene el derecho de recibir una copia de una factura razonable clara y comprensible, detallada y, previa solicitud, para que se expliquen los cargos.

Un paciente tiene derecho a un acceso imparcial a tratamiento médico o adaptaciones, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad o fuente de pago.

Un paciente tiene derecho a tratamiento para cualquier condición médica de emergencia que se deteriore por no proporcionar tratamiento.

Un paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación experimental.

Un paciente tiene el derecho de expresar quejas con respecto a cualquier violación o sus derechos, como se establece en la ley de Florida, a través del procedimiento de queja del proveedor de atención médica o centro en el que le sirvió y a la agencia de licencias estatales apropiada.

Un paciente es responsable de proporcionar al proveedor de atención médica, a su mejor conocimiento, información precisa y completa y presentar quejas, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.

Un paciente es responsable de reportar cambios inesperados en su condición al proveedor de atención médica.

Un paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si comprende un curso de acción contemplado y lo que se espera de él o ella.

Un paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.

Un paciente es responsable de mantener las citas y, cuando no puede hacerlo por cualquier motivo, de notificar al proveedor de atención médica o al centro.

Un paciente es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.

Un paciente es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan tan pronto como sea posible.

Un paciente es responsable de seguir las reglas y regulaciones del centro de atención médica que afectan la atención y la conducta del paciente

FIRMA PACIENTE: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HISTORIA E-PRESCRIBING/MEDICATION**

e-Prescribing se define como la habilidad de un médico poder enviar electrónicamente una receta con precisión, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia desde el lugar preciso de atención.

El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La receta electrónica reduce en gran medida los errores de medicamentos y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA, por sus siglas en inglés) de 2003 enumeraba estándares que deben incluirse en un programa de e-Prescribe. Estos incluyen:

- **Transacciones de formularios y beneficios** — Proporciona al que receta información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de medicamentos.
- **Transacciones del historial de medicamentos - Proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar la cantidad de eventos adversos de medicamentos.**
- **Notificación de estado de llenado** - Permite que al que receta reciba un aviso electrónico de la farmacia diciéndole si la receta del paciente ha sido recogida, no recogida o parcialmente llena.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que veriMED Health Group – Zephyrhills puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o de terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a veriMED Health Group – Zephyrhills para inscribirme en el Programa de Receta Electrónica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre del paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DOB

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



A nuestros pacientes de Veteranos:

Debido a la confusión y complejidad de tener múltiples médicos que se ocupan de usted, estamos solicitando que elija una de las siguientes opciones para el manejo médico de sus condiciones crónicas.

\_\_\_\_\_ 1. El departamento de Veteranos manejará todas mis condiciones crónicas, y yo, el paciente, absuelvo al Dr. \_\_\_\_\_  
De cualquier responsabilidad con respecto a las condiciones crónicas. Veré al Dr. \_\_\_\_\_  
Sólo para cumplir con la obligación de seguro, y / o cualquier condición aguda que pueda surgir.

\_\_\_\_\_ 2. Quiero que el Dr. \_\_\_\_\_ maneje todas mis condiciones crónicas y agudas. Voy a proveer todos los resultados de las pruebas realizadas por el departamento de Veteranos, pero entiendo que El Dr. \_\_\_\_\_ puede necesitar repetir algunas pruebas o hacer pruebas adicionales a medida que surja la necesidad. No permitiré que el departamento de Veteranos haga ningún cambio en mis medicamentos sin antes notificar y verificar el medicamento con Dr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 3. Si bien he elegido la opción (#1 o #2) anterior, me gustaría las siguientes excepciones (rellenar la condición o trastorno):

Dr. \_\_\_\_\_ de hacer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El departamento de Veteranos  
hara: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted tiene cualquiera de los siguientes exámenes hechos en el departamento de Veteranos, por favor asegúrese de traer una copia a nosotros para que podamos agregar a su record médico.

- Examen ocular
- Colonoscopia
- Laboratorios

**Nota: Ninguna de las opciones anteriores afectará de ninguna manera a dónde obtienes tus medicamentos/suministros.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## Póliza Financiera

Como su médico, estamos comprometidos de proveerle a usted con el mejor cuidado posible a su cuidado médico y asistirle con el tiempo preciso en reportar a su seguro y pago a su cuenta. Para lograr este objetivo, necesitamos de su asistencia y entendimiento a nuestra póliza financiera.

**El pago por servicio se debe pagar al momento en que se prestan los servicios/ Auto pago:** Aceptamos dinero en efectivo, tarjetas de crédito, y cheques personales, y cheques devueltos que sean menos de \$50.00 está sujeto a un cargo de servicio (de acuerdo a los estatutos de la Florida 832.08) de \$25.00. Cheques entre \$50.00 y \$300.00 tienen un cargo de \$30.00. Para un cheque mayor de \$300.00, el cargo es \$40.00. Usted también podrá perder el privilegio de escribir cheques a esta oficina. Si usted no tiene seguro médico, una cantidad pre-pagada será requerido antes de su visita. Al finalizar la visita, el médico le indicara que servicios fueron prestados y el balance de esa visita tendrá que ser pagada **antes** de su salida.

**Cancelaciones/ Citas pérdidas:** Por favor de proveer por lo menos 24 horas de notificación si una cita debe ser cancelada. Como cortesía hacia nuestros pacientes, nosotros intentaremos de llamarle un día antes de su cita. Pacientes que no cancelen su cita habrá un cargo, por favor vea la lista de cargos estipulados para la cantidad. Si usted falta a tres o más citas usted podrá ser despedido de la práctica.

**Seguro Médico:** Nuestra oficina participa con las mayorías de las compañías de Seguros médicos. Para su protección, requerimos su más reciente tarjeta médica junto con una identificación con foto. Esta información será archivada en nuestros records y nos ayudara a reportar un reclamo a la compañía de seguro médico. Por favor de mantenernos informados de algún cambio en su cobertura de salud. Al momento de servicio su Copago y Deducible debe ser pagado. Esta cantidad es determinada por su compañía de seguro médico dependiendo de su plan. Debido a que estamos contratados con compañías de seguros médicos específicos, nosotros reclamaremos directamente al seguro. Después de hacer el reclamo, nosotros le permitiremos a la compañía de seguros médicos sesenta días para hacer el pago. Si su compañía de seguros médicos falla en rendir el pago, usted ser responsable de dicho pago.

**Medicare:** Usted es responsable por su deducible anual y 20% de los servicios permitidos al tiempo del servicio, al menos que usted tenga un seguro suplementario.

**Por favor de traer la explicación de beneficios de Medicare (EOB) demostrando que usted ha cumplido con su deducible.**

**HMO/MCO:** Si su seguro médico le requiere que usted seleccione un médico primario, usted deberá hacer el cambio de medico primario antes de tener una cita con nuestra oficina. Si esto no es hecho y su compañía de seguro médico declina el pago usted será responsable de pagar completamente la tarifa estipulada.

**Acuerdo Financiero:** Felizmente discutiremos el tratamiento propuesto y haremos lo mejor posible de contestar toda pregunta relacionado con su seguro. Sin embargo, usted deberá darse cuenta que:

- Su seguro médico está contratado entre usted, su empleador, y la compañía de seguros médicos. No somos parte de ese contrato. En el momento de su visita, verificaremos su beneficio de seguros médicos. La información obtenida no es garantía de pago y su elegibilidad final y beneficios no son determinados hasta que el reclamo es recibido y procesado por su compañía de seguro médico.
- No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguro médico escogen ciertos servicios que no son cubiertos. Si nosotros no podemos verificar cobertura y/o elegibilidad, usted le será requerido hacer un pre-pago. Por favor vea la lista de servicios con la cantidad estipulada.

Debemos enfatizar que como proveedor medico de usted, nuestra relación y preocupación es con usted y su salud, no con la compañía de seguro médico.

**Formularios completados:** Cualquier formulario requerido de ser completado habrá un cargo asociado con dicho formulario y deberá ser pre-pagado. Entendemos que completar el formulario puede ser urgente y lo procesaremos tan pronto nos sea posible. De acuerdo a los estatutos de la Florida 395.3025, nos he permitido cobrar por copias de record médicos, estampillas, e impuestos. Por favor vea la lista de servicios con la cantidad estipulada.

**Compensación de Trabajo/Accidentes Automóviles:** No podemos atender ningún paciente que esté buscando tratamiento médico relacionado con un accidente, lesión, y/o enfermedad envuelta pero no limitada a: Compensación de Trabajo, Accidente Automóvil, y cualquier otra circunstancia que haya presentado o en un futuro litigación.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



**Es su responsabilidad de todos los cargos desde la fecha que los servicios son rendidos.**

Cualquier balance en su cuenta después de 90 días, incluyendo aquellos pagos que no son pagados por la compañía de seguro médico, puede resultar en una acción de cobranza. Nos damos cuenta de que surgen emergencias y pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si tal extremo casos ocurren, **por favor contacte a nuestro personal de facturación prontamente para asistencia en el manejo de su cuenta.** Estamos dispuestos a trabajar con usted para hacer un plan de pago. Una penalización tardía de 1.5% mensualmente (18% anualmente) es añadido a cualquier balance personal no pagado después de sesenta días. Toda cuentas con balances sobre noventa días será referido a nuestra agencia de colección.

Si es necesario coleccionar cualquier suma de dinero a través de un abogado, entonces el paciente está de acuerdo en pagar todo costo razonable de recolección, incluyendo la tarifa del abogado, sea una demanda este en archivo o no.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta información referida o alguna inseguridad sobre la cobertura de seguro médico, por favor no dude en preguntarnos. Estamos para ayudarle.

**AL FIRMAR A CONTINUACION USTED ACEPTA Y CONFIRMA QUE HA LEIDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE NUESTRA POLIZA FINANCIERA.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Consentimiento general para el cuidado y tratamiento, Consentimiento para el paciente:**

Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado de su condición y los procedimientos quirúrgicos, médico o procedimiento y diagnósticos, así usted podrá tomar la mejor decisión en cuanto a cualquier tratamiento sugerido o procedimiento después de saber los riesgos y peligros envueltos. En este momento en su cuidado, no ha habido ningún tratamiento específico que se le haya recomendado. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo de obtener su permiso para hacer la evaluación necesaria y identificar el tratamiento apropiado y/o procedimiento para cualquier condición o condiciones identificadas.

Este consentimiento nos provee con su permiso de realizar un examen médico, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar abajo, usted está indicando que (1) Usted pretende que este consentimiento continúe en su naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; (2) usted acepta ser tratado en esta oficina o cualquier otra oficina satélite que este bajo nuestra propiedad. Este consentimiento se mantendrá en efecto totalmente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento de discontinuar los servicios.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, riesgos potenciales y beneficios de cualquier examen ordenado. Si usted tiene alguna preocupación en cuanto al cualquier examen o tratamiento recomendado por su proveedor de salud, le invitamos que haga preguntas.

Yo voluntariamente solicito un médico, y/o un proveedor de medio-nivel (Enfermera Practicante, Asistente Médico, o Enfermera Clínica Especialista), y otros proveedores de cuidado de salud o los designados como se considere necesario, para realizar el examen médico, pruebas y tratamiento razonable y necesario para la condición que me ha traído a buscar cuidado en esta clínica. Yo entiendo que si pruebas adicionales, invasivas o procedimientos intervencionistas son recomendados, me van a pedir que lea y firme un consentimiento adicional antes de cualquier examen(es) o procedimiento(s).

**Liberación de Información**

Yo estoy de acuerdo en la liberación de información de mi record médico para el reembolso de los servicios de atención médica prestados, evaluación de seguimiento, y/o beneficios específicos para el paciente, a cualquiera de los siguientes según sea necesario:

- Administración del Seguro Social, o aquellos que están operando de parte de ellos (esto incluye Medicare y Discapacidad)
- Cualquier organización de seguros, portador de compensación o agencia de bienestar que provea asistencia financiera por los servicios provistos.
- Referencia identificada



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



Yo estoy de acuerdo de autorizar *veriMED Health Group – Zephyrhills* respectivos empleados y agentes para obtener información sobre mi médico/médicos, traslado de clínicas, y centros de rehabilitación con el propósito de mi evaluación continua.

Yo certifico que he leído y entiendo completamente estas declaraciones anteriores y doy consentimiento pleno y voluntario a este contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o Representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



**AUTHORIZATION TO USE AND/OR DISCLOSE MEDICAL RECORDS**

*I give authorization to the provider listed below to disclose a copy of the specific health/medical information identified below:*

<b>Name of Patient:</b>	<b>SSN#:</b>
-------------------------	--------------

TO: (Name, Address, Phone of <b>RECIPIENT</b> of Records)					
<b>Name</b>	verMED Health Group Zephyrhills			<b>Phone</b>	813-788-5531
<b>Address</b>	38034 Medical Center Ave.			<b>Fax</b>	813-783-7178
<b>City/State/Zip</b>	<b>City</b>	Zephyrhills	<b>State</b>	FL	<b>Zip</b> 33540

RECORDS FROM:					
<b>Name</b>				<b>Phone</b>	
<b>Address</b>				<b>Fax</b>	
<b>City/State/Zip</b>	<b>City</b>		<b>State</b>		<b>Zip</b>

**For the Following Purposes:**

<input type="checkbox"/>	Continued Medical Care	<input type="checkbox"/>	Personal Information	<input type="checkbox"/>	Legal Follow-Up
<input type="checkbox"/>	Disability Insurance	<input type="checkbox"/>	Other:		

By checking the boxes below, I specifically authorize the use and/or disclosure of the following health information and/or medical records, if such information and/or records exist:

<input type="checkbox"/>	Please send the entire Medical Record (all information to the above-named recipient).				
<input type="checkbox"/>	Office Notes and Reports	<input type="checkbox"/>	Most recent one-year history	<input type="checkbox"/>	Most recent three-year history
<input type="checkbox"/>	RX History	<input type="checkbox"/>	Transcribed Hospital Reports	<input type="checkbox"/>	Laboratory Reports
<input type="checkbox"/>	Billing Statements	<input type="checkbox"/>	Diagnostic Reports	<input type="checkbox"/>	Diagnostic Films
<input type="checkbox"/>	Others Listed Here:				

The Following Items Must Be Initialed to Be Included in the Use and/or Disclosure:

- \_\_\_\_\_ HIV/AIDS relate information and/or records HBV, TB, or Other Communicable Diseases
- \_\_\_\_\_ Mental Health Information and/or records
- \_\_\_\_\_ Domestic Violence
- \_\_\_\_\_ Genetic Testing Information and/or records
- \_\_\_\_\_ Drug/Alcohol diagnosis, treatment, or referral information (Federal regulations require a description of how much and what kind of information is to be disclosed.) Describe: \_\_\_\_\_

**I understand** that, if the person or entity receiving the information is not a health care provider or health plan covered by federal privacy regulations, the information described above may be re-disclosed and no longer protected by HIPAA and other federal and state regulations. However, the recipient may be prohibited from disclosing substance abuse information under the Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements.

**I understand** that the pers-on I am authorizing to use and/or disclose the information may not receive compensation for doing so.

**I understand** that I may refuse to sign the authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment of my eligibility for benefits. I may inspect or copy any information to be used and/or disclosed under this authorization.

**Finally, I understand** that **I may revoke this authorization**, in writing, at any time, provided that I do so in writing, except to the extent that action has been taken in reliance upon this authorization. Unless revoked earlier, this authorization will expire in one (1) year from the date of signing or until (insert date) \_\_\_\_\_.

Print Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Patient's or Patient's Legal Representative: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Print Name of Legal Representative (if applicable) : \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_



**AUTHORIZATION TO USE AND/OR DISCLOSE MEDICAL RECORDS**

*I give authorization to the provider listed below to disclose a copy of the specific health/medical information identified below:*

<b>Name of Patient:</b>	<b>SSN#:</b>
-------------------------	--------------

TO: (Name, Address, Phone of <b>RECIPIENT</b> of Records)					
<b>Name</b>				<b>Phone</b>	
<b>Address</b>				<b>Fax</b>	
<b>City/State/Zip</b>	<b>City</b>		<b>State</b>		<b>Zip</b>

RECORDS FROM:					
<b>Name</b>	verMED Health Group Zephyrhills			<b>Phone</b>	813-788-5531
<b>Address</b>	38034 Medical Center Ave.			<b>Fax</b>	813-783-7178
<b>City/State/Zip</b>	<b>City</b>	Zephyrhills	<b>State</b>	FL	<b>Zip</b> 33540

For the Following Purposes:

<input type="checkbox"/>	Continued Medical Care	<input type="checkbox"/>	Personal Information	<input type="checkbox"/>	Legal Follow-Up
<input type="checkbox"/>	Disability Insurance	<input type="checkbox"/>	Other:		

By checking the boxes below, I specifically authorize the use and/or disclosure of the following health information and/or medical records, if such information and/or records exist:

<input type="checkbox"/>	Please send the entire Medical Record (all information to the above-named recipient).				
<input type="checkbox"/>	Office Notes and Reports	<input type="checkbox"/>	Most recent one-year history	<input type="checkbox"/>	Most recent three-year history
<input type="checkbox"/>	RX History	<input type="checkbox"/>	Transcribed Hospital Reports	<input type="checkbox"/>	Laboratory Reports
<input type="checkbox"/>	Billing Statements	<input type="checkbox"/>	Diagnostic Reports	<input type="checkbox"/>	Diagnostic Films
<input type="checkbox"/>	Others Listed Here:				

The Following Items Must Be Initialed to Be Included in the Use and/or Disclosure:

- \_\_\_\_\_ HIV/AIDS relate information and/or records HBV, TB, or Other Communicable Diseases
- \_\_\_\_\_ Mental Health Information and/or records
- \_\_\_\_\_ Domestic Violence
- \_\_\_\_\_ Genetic Testing Information and/or records
- \_\_\_\_\_ Drug/Alcohol diagnosis, treatment, or referral information (Federal regulations require a description of how much and what kind of information is to be disclosed.) Describe: \_\_\_\_\_

**I understand** that, if the person or entity receiving the information is not a health care provider or health plan covered by federal privacy regulations, the information described above may be re-disclosed and no longer protected by HIPAA and other federal and state regulations. However, the recipient may be prohibited from disclosing substance abuse information under the Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements.

**I understand** that the person I am authorizing to use and/or disclose the information may not receive compensation for doing so.

**I understand** that I may refuse to sign the authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment of my eligibility for benefits. I may inspect or copy any information to be used and/or disclosed under this authorization.

**Finally, I understand** that **I may revoke this authorization**, in writing, at any time, provided that I do so in writing, except to the extent that action has been taken in reliance upon this authorization. Unless revoked earlier, this authorization will expire in one (1) year from the date of signing or until (insert date) \_\_\_\_\_.

Print Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Patient's or Patient's Legal Representative: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Print Name of Legal Representative (if applicable) : \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_