

Teléfono: 407-688-9446 Fax: 407-688-9448

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Nombre anterior (si corresponde)
Dirección postal			
Teléfono residencial:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	
¿Se nos permite dejar un mensaje de voz? Si es así: (Seleccione solo una opción)			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Médico de Familia:	
Estado civil:	Número de Seguro Social:		
Nombre del empleador:	Nombre de contacto de emergencia:		
Número de teléfono de contacto de emergencia:	Relación con el paciente:		
Información adicional (POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN)			
Dirección de correo electrónico:	¿Podemos dejar un mensaje con respecto a su atención médica? y los resultados de las pruebas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre y ubicación preferidos de farmacia:			
SEGURO MÉDICO PRIMARIO		SEGURO MÉDICO SECUNDARIO	
Nombre de la compañía de seguros:	Nombre de la compañía de seguros:		
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:		
Fecha de nacimiento del Primario de la póliza:	Fecha de nacimiento del Primario de la póliza:		
Número de Seguro Social del Primario de la Póliza:	Número de Seguro Social del Primario de la Póliza:		
Relación del paciente con el Primario de la póliza:			

Centro de Artritis de Florida, PL
147 Parliament Loop, Suite 1005
Lago María, FL 32746



Centro de Artritis de Florida, PL
609 N. Charles Richard Beall Blvd.
Debary, FL 32713

Teléfono: 407-688-9446 Fax: 407-688-9448

Cesión de prestaciones

Divulgación de información / autorización para el tratamiento Prescripción (RX) Historial de consentimiento

Por la presente, asigno todos los beneficios de seguro a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguro privado, atención médica mayor, beneficios y cualquier otro plan de salud al médico asignado. Esta cesión permanecerá en vigor hasta que sea revocada por yo por escrito. Entiendo que **soy financieramente responsable** de todos los cargos, sean o no pagados por dicho seguro.

Por la presente, autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información, incluido el VIH, el abuso de sustancias o psiquiátrico.

información que puede encontrarse en el registro y que es necesaria para garantizar el pago.

Consentimiento del tratamiento: El paciente y / o los representantes autorizados por la presente dan su consentimiento a cualquiera o todos los tratamientos médicos que puedan considerar convenientes por Florida Arthritis Center, PL.

Consentimiento de RX: Le doy a Florida Arthritis Center, PL para enviar y recibir mi historial de farmacia.

Paciente/ Responsable: _____

He leído y acepto la copia del Aviso de privacidad de Florida Arthritis Center, PL. (iniciales)

He leído y acepto el acuerdo del portal del paciente: (iniciales)

Firma del Responsable: _____

Nombre impreso del responsable: _____



Teléfono: 407-688-9446 Fax: 407-688-9448

Consentimiento del paciente

Por favor, danos tu información de contacto a continuación

Yo _____, acepto que Florida Arthritis Center, PL puede comunicarse conmigo o con las siguientes personas que he designado de las siguientes maneras alternativas para las siguientes razones.

Recordatorios de citas:

Deje un mensaje / Correo de voz: Teléfono residencial Teléfono celular Teléfono del trabajo

Número de teléfono

Resultados de laboratorio:

Los resultados pueden ser dados al paciente SOLAMENTE: O a la persona designada por los pacientes

Recetas / Pedidos de Medicamentos:

Se pueden dar scripts / órdenes a lo siguiente:

SOLO para pacientes: O persona designada por los pacientes

Persona(s) designada(s) si se selecciona:

Imprimir nombre y relación de la(s) persona(s) designada(s)

Firma

Paciente de la firma del guardián

CONFIDENCIAL

Para autorizar solo el uso

Nombre del paciente: _____

Motivo de la visita: _____

Nombre de su Médico de Atención Primaria: _____

¿Algún miembro de la familia tiene las siguientes afecciones: Gout Psoriasis Artritis reumatoide

Síndrome de Sjogren Esclerodermia Miositis Tuberculosis

Lista de las cirugías que tuvo: _____

Historia social: Soltero casado divorciado viudo(da)

¿Usted Fuma? No. Sí, en caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos por día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Si alguna vez fumaste, ¿Cuándo dejaste de fumar? _____

¿Usted consume alcohol? No Sí si es así, ¿qué y cuánto? _____

¿Consumes drogas ilícitas? No Sí ,en caso afirmativo, ¿qué medicamentos son/ha usado? _____

¿Alguno de los miembros de su familia tiene alguna de las siguientes enfermedades? Diabetes Enfermedad cardíaca

Ataque cardíaco Presión arterial alta Accidente cerebrovascular Niveles altos de colesterol

Haga una lista de las alergias a los medicamentos que tenga y su reacción a ellos _____

Nombre de farmacia: _____

Número de teléfono de farmacia: _____

Teléfono: 407-688-9446 Fax: 407-688-9448

Por favor, haga una lista de todos los medicamentos que toma, tanto con y sin receta:

Medicación	Dosis	Con qué frecuencia	Medicación	Dosis	Con qué frecuencia
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

Nombre del paciente(s): _____ Fecha: _____

Revisión de sistemas:

Indique SÍ o NO si ha experimentado alguno o todos los síntomas siguientes recientemente:

Fiebre _____	Escalofríos _____	Sudores _____	Pérdida de peso _____
Erupciones _____	Fotosensibilidad _____	Úlceras de boca _____	Dolor de pecho _____
Vómitos _____	Náuseas _____	Estreñimiento _____	Dolor abdominal _____
Heces oscuras/con sangre _____	Diarrea _____	Entumecimiento _____	Sangre en la orina _____
Problemas para dormir _____	Fatiga _____	Ansiedad _____	Depresión _____

Historial médico anterior:

Indique SÍ o NO si ha experimentado alguno o todos los siguientes síntomas:

Úlceras estomacales _____	Hepatitis _____	Enfermedad por reflujo _____	VIH _____
Enfermedad de Crohn _____	Enfermedad de Lyme _____	Enfermedad renal _____	Psoriasis _____
Enfermedad de la tiroides _____	Asma _____	Gout _____	Glaucoma _____
Ataque al corazón _____	Osteoporosis _____	Tuberculosis _____	Anemia _____
Presión arterial alta _____	Colesterol alto _____		

Estado de vacunación:

Por favor, agregue la(s) fecha(s) de su(s) última(s) vacuna(s):

Herpes _____ FLU _____ Hepatitis _____ BCG _____ Neumonía _____

Otros _____, si es así por favor agregue _____

Centro de Artritis de Florida, PL
147 Parliament Loop, Suite 1005
Lago María, FL 32746



Centro de Artritis de Florida, PL
609 N. Charles Richard Beall Blvd.
Debary, FL 32713

Teléfono: 407-688-9446 Fax: 407-688-9448

POLÍTICAS DE NUESTRA OFICINA

Las citas son necesarias en todo momento. No hay visitas sin cita previa, por favor. Interrumpe la atención al paciente. Le invitamos a llamar y discutir sus preguntas.

Todas las solicitudes de registros médicos para uso personal requerirán 48 horas de anticipación y se le cobrará al paciente una tarifa de 15 céntimos por página. Si está solicitando que los registros se envíen por correo, es posible que haya un cargo adicional.

TENGA EN CUENTA: si los registros son para el consultorio de otro médico y no para uso personal, los enviaremos por fax **gratuito**.

TODAS las recargas deben ser solicitadas por su farmacia con 48 horas de anticipación. No se darán recargas sin ser visto por nuestra oficina dentro de un período de tiempo de 4 meses. Todas las pautas de recargas deben estar actualizadas antes de que se rellenen las recargas. dado por nuestra oficina. Si está solicitando una receta por correo, esto requiere un aviso de 48 a 72 horas. Esto toma tiempo para adquirir una receta firmada del médico ya que viaja a diferentes consultorios. Tu paciencia en esto la materia es muy apreciada.

¡¡¡TODAS las DERIVACIONES son responsabilidad del paciente!!! Asegúrese de tener una referencia válida en el archivo, si necesario con nuestra oficina antes de cada cita. Si no lo hace, usted será responsable de los cargos. incurrido para esa fecha de servicio o puede ser reprogramado. Es responsabilidad exclusiva del paciente saber su seguro.

TENGA EN CUENTA: FLORIDA ARTHRITIS CENTER, PL se reserva el derecho de darle de alta de la práctica para cita frecuente perdida o cancelada sin informar a nuestra oficina con 24 horas de anticipación. Cualquier perdida Las citas sin un aviso con 24 horas de anticipación también deberán pagar una tarifa de cancelación de \$ 50.00 para el futuro. Citas. También podemos despedirlo de nuestra práctica por comentarios o comportamiento inapropiados.

Se aplicará un cargo por servicio de \$35.00 a su cuenta si se devuelve un cheque de su banco.

Los pacientes que pagan por sí mismos deben tener un depósito de \$ 50.00 para mantenerse en su cuenta para la próxima cita

Entiendo las políticas y procedimientos anteriores de Florida Arthritis Center, PL

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Nombre Impreso _____ Fecha: _____

Reconocimiento de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Florida Arthritis Center que contiene una descripción de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo además que Florida Arthritis Center, PL puede actualizar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que pueda recibir una actualización copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Artritis de Florida mediante la presentación de una solicitud por escrito para una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Florida Arthritis Center.

Nombre impreso _____ Fecha: _____

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Si lo completa el representante personal del paciente, imprima el nombre y firme a continuación.

Representante Personal del Paciente Nombre de Impresión _____

Firma del Representante Personal del Paciente _____

Para Florida Arthritis Center, PL Uso Oficial Solamente

Complete este formulario si no puede obtener la firma del paciente o del representante personal del paciente.

Florida Arthritis Center, PL hizo un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento por escrito del paciente del Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pudo hacerlo por las razones que se documentan a continuación:

El paciente o el representante personal del paciente se negaron a firmar

El paciente o el representante personal del paciente no pueden firmar

Otro _____

Nombre del empleado (impreso) _____

Firma del empleado _____