



POR FAVOR ESCRIBA- INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ **nombre** _____ **segundo nombre** _____

Fecha de nacimiento _____ **Edad** _____ **Seguro Social #** _____

Identidad de género (circule uno) *Mujer, Hombre, Trans de mujer a hombre, Trans de hombre a mujer, No conforme, Otro.*

Raza _____ **Estado civil** _____ **Etnia** _____ **Idioma preferido** _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección _____ **Código postal** _____

Teléfono de casa _____ **Teléfono celular** _____

Ocupación _____ **Empleador** _____ **Teléfono del trabajo**

Parte Responsable/Padre/Tutor

(Nombre/Relación) _____

Nombre del contacto de emergencia _____ **Número de teléfono** _____

Nombre del médico de atención primaria _____

Número de teléfono _____

Nombre del médico remitente _____

Número de teléfono _____

Dirección estacional (si corresponde)

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono particular _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO – PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros _____

Número de teléfono _____

Dirección de reclamaciones _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo _____ Suscriptor _____

Número de Seguro Social del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Estado civil del suscriptor _____ Relación con el suscriptor _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO – SECUNDARIA

Nombre de la compañía de seguros _____ Número de teléfono _____

Dirección de reclamaciones _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo _____ Suscriptor _____

Número de Seguro Social del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Estado civil del suscriptor _____ Relación con el suscriptor _____

CUESTIONARIO MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Edad/fecha de nacimiento _____



Motivo de la visita: (describa el inicio y los tratamientos) _____

FARMACIA

Nombre _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: Por favor marque la casilla si corresponde. *Gastrointestinal*

Gastrointestinal				
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Aumento de peso			
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Colonoscopia previa			
<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> EGD Previa			
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Previous EUS	Endoscopia con ultrasonido		
<input type="checkbox"/> Constipacion	<input type="checkbox"/> Previous ERCP	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica		
<input type="checkbox"/> Heces con sangre	<input type="checkbox"/> Sirugias previas GI			
<input type="checkbox"/> Heces negras	<input type="checkbox"/> Uso actual de PPI or NSAIDS	Fármacos anti-inflamatorios no esteroideos// Inhibidores de la bomba de protones		
<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Uso actual de Anticoagulantes			
<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> Regurgitacion				
<input type="checkbox"/> Dificultad al pasar				
<input type="checkbox"/> Dolor al pasar				
<input type="checkbox"/> Perdida de peso				

ANTECEDENTES MÉDICOS: Por favor indique si tiene/tuvo antecedentes de lo siguiente Ver lista adjunta

____ Arthritis ____ Emphysema ____ Colesterol Alto ____ AIT
____ Asma ____ Hepatitis ____ HIV ____ Reflujogastroesofágico(ERGE)
____ Ansiedad ____ AIT ____ Tratamiento para Alcoholismo
____ COPD ____ Enfermedad de tiroides ____ Tratamiento por Abuso de Substancias
____ Diabetes Presión Arterial Alta ____ Otros: _____
____ Cancer: _____

Alergias Medicas _____ :



Otras Alergias : _____

Vacunas: neumonía, Fecha: _____
 Influenza, Fecha: _____
 Covid Fecha/Marca: _____

Nombre: _____ Edad _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Historial Medico Familiar: Por favor marque los campos aplicables.

Miembros Familiares:	Madre	Padre	Hermanos
	Vivo: <input type="checkbox"/> Fallecido: <input type="checkbox"/>	Vivo: <input type="checkbox"/> Fallecido: <input type="checkbox"/>	Vivo: <input type="checkbox"/> Fallecido: <input type="checkbox"/>
Cancer			
Diabetes			
Enfermedades del Corazón			
Presion Arterial Alta			
Enfermedad mental			
Migraña			
Ataque			
Enfermedad de tiroides			

Uso de Tabaco: Cigarrillos Cigarros Pipa Masticar Tabaco
 Fumador actual todos los días, cuánto? _____

 Ex fumador, dejó de fumar en _____ Por cuánto tiempo? _____
 Nunca fumo ?

¿Utiliza drogas recreativas?? No Si , Cual? _____

Uso de alcohol: No Moderado Pesado Excesivo

Caffeine Use: No _____ Veces al dia

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) con _____ Hijos Viudo(a) Divorciado(a)

Está retirado (a)? Si No

Ocupacion: _____

¿Tiene un testamento? Si No



Nombre del paciente: _____ Edad _____
Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS: Ver lista adjunta

Indique TODOS los medicamentos (incluidos los medicamentos de venta libre) que está tomando actualmente; incluir dosis y frecuencia

Medicacion	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia

QUIRÚRGICO/HOSPITALIZACIÓN: Ver lista adjunta

Operaciones	Año	Hospitalizaciones	Año

Exámenes, si corresponde: Mamografía en los últimos 2 años, fecha de lista: _____

Colonoscopia en los últimos 10 años, fecha de lista: _____

Sigmoidoscopia en los últimos 5 años, fecha de lista: _____

Altura: _____ Peso: _____

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Por la presente autorizo y solicito que entregue una copia completa de mis registros médicos a



Dr. _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____, FL _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Nombre del Paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del Paciente o Representante: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta, si no es Paciente:

Registros solicitados a:

Nombre del Médico: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono: _____

Fax: _____



PERMISO PARA COMUNICACIONES VERBALES

(Nombre del paciente en letra de imprenta) (Fecha de nacimiento)

(Dirección) (Ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono) _____

- ¿Podemos dejarte un mensaje en casa? Sí No
- ¿Podemos dejarte un mensaje en el trabajo? Sí No
- ¿Podemos dejarte un mensaje en tu celular? Sí No

Autorizo a Tampa Bay Surgical Group, sus médicos, asistentes médicos y otro personal (“Proveedores de atención médica”) a hablar sobre temas de salud.

información, en persona o por teléfono, con los siguientes familiares o amigos involucrados en mi atención médica: (Enumera a los familiares miembros/amigos e indicar la relación de la persona con el paciente).

Esta autorización se limita a discusiones sobre las siguientes condiciones médicas:

(Si no se enumeran limitaciones, se permitirán conversaciones sobre cualquier condición médica por la cual el paciente haya recibido atención).

Nombre Número de teléfono Relación

1. _____

2. _____

La divulgación de información en virtud de este documento se limita a conversaciones verbales con mis proveedores de atención médica. Este documento no permite la divulgación de cualquier información de salud escrita a las personas mencionadas anteriormente.

Esta autorización se limita al siguiente período de tiempo desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha).

Si no se indican fechas, este formulario permanecerá vigente por un período de tiempo ilimitado.

Si, en algún momento, no deseo que se permitan conversaciones verbales entre mis proveedores de atención médica y cualquiera de las personas mencionado anteriormente, debo notificar a mi proveedor de atención médica comunicándome con la oficina.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Si esta Autorización está firmada por un representante en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante: _____

Relación con el paciente: _____



Política Financiera y Asignación de Beneficios

Nombre del paciente: _____ Gracias por elegir al Dr. Elnemr como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle lo mejor disponible atención médica. Nuestro personal estará encantado de analizar nuestras tarifas y esta política con usted en cualquier momento. Pedimos que todos los pacientes Lea y firme nuestra política financiera y asignación de beneficios, así como también completen nuestro Formulario de información del paciente antes de ir al médico. Los pagos por el servicio vencen en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, Descubre y MasterCard. Estaremos encantados de ayudarle a procesar su reclamación de reembolso al seguro. En especial

En algunos casos, podemos aceptar la cesión de beneficios de seguro. Sin embargo, debes entender que:

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Nuestra relación es contigo. No podemos involucrarnos en disputas entre usted y su aseguradora.

con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos, seguro secundario y cargos “usuales y acostumbrados”. Somos,

Sin embargo, tiene contrato con la mayoría de los planes de atención administrada locales.

Seguiremos sus pautas de reembolso y presentación.

de reclamaciones por servicios prestados. Cualquier descuento contractual del proveedor se deducirá de su saldo.

2. Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. No todos los servicios son

un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán o limitarán su cobertura por diseño.

3. Las tarifas por estos servicios, junto con los deducibles y copagos impagos, vencen al final del tratamiento.

4. Si tiene un plan de salud con deducible alto, podemos cobrar su deducible antes de que se realice su procedimiento quirúrgico. realizado.

5. Si su compañía de seguros no paga su reclamo dentro de los 30 días, es su responsabilidad comunicarse con su aseguradora.

para acelerar el pago. Después de todo, si su seguro no paga, usted es responsable del pago.

6. Si su compañía de seguros no paga el total dentro de los 60 días, le solicitaremos que pague el saldo en efectivo, cheque,

Visa, Discover o MasterCard.

7. Los cheques y saldos devueltos con más de 90 días de antigüedad están sujetos a colocación por agencia de cobranza, tarifas de cobranza,

y honorarios razonables de abogados. Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su balance. Le animamos a que nos comunique dichos problemas para que podamos ayudarle en la gestión de su cuenta.

Autorización de por vida

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos permitidos y pagaderos según mi póliza de seguro actual para servicios prestados y autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguros a emitir el pago directamente a Tampa Bay Surgical

Grupo/Dra. Marrón. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro, incluido el co-seguro aplicable. pagos, deducibles, servicios no cubiertos y servicios no autorizados, y acepta pagar de manera actual.

Entiendo que Tampa Bay Surgical Group/Dr. Huguet acepta la asignación de Medicare y los pagos serán

dirigido al Tampa Bay Surgical Group.

En caso de que mi cuenta sea remitida para procedimientos de cobro, también acepto pagar honorarios razonables de abogado y procedimientos de cobro. gastos.

Certifico que he leído y entiendo lo anterior y, como paciente, garante o parte responsable del paciente, acepto y acepta estos términos.

Firma del Paciente/Parte Responsable Fecha _____

Nombre/Relación en letra de imprenta _____



Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (“AVISO”) DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED. DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted

1. Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para:

a. Proporcionarle tratamiento o servicios médicos (como compartir información con un médico consultor al que se le ha pedido que examine su información de salud). También podemos compartir información de salud sobre usted con personas que puedan estar involucradas en su atención médica. Estas personas incluir miembros de la familia (a menos que usted se oponga), agencias de atención médica domiciliaria, hogares de ancianos u otros que utilizamos para ayudar a brindar servicios que son parte de su atención continua;

b. Facturar y cobrar pagos de usted, de una compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos brindarle a un plan de salud información sobre un procedimiento realizado para que nos paguen o le reembolsen el costo del procedimiento. También podemos compartir información de salud con nuestros socios comerciales que nos ayudan con la facturación y el cobro. Nuestros socios comerciales incluyen compañías de facturación, procesamiento de reclamos y precertificación compañías, agencias de cobro, cámaras de compensación y otros que procesan nuestras reclamaciones de atención médica.

C. Ayúdenos con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y/o para evaluar el desempeño de nuestro personal. También podemos compartir información de salud con nuestros socios comerciales que nos ayudan con la atención médica. operaciones y realizar otras actividades técnicas y administrativas en nuestro nombre. Esto puede incluir portales de prescripción electrónica, seguridad del paciente organizaciones, intercambios de información de salud, proveedores de registros médicos personales y otros.

2. Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita, para dar seguimiento a los servicios de atención médica que se le brindaron, para informarle sobre alternativas de tratamiento o para informarle sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

3. Podemos compartir información de salud sobre usted con familiares o amigos que usted indique que están involucrados en su atención médica. En cierto desastres y situaciones de emergencia relacionadas, compartimos información de salud sobre usted con organizaciones de ayuda en casos de desastre (como la Cruz Roja, etc.) para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

4. En determinadas situaciones, podemos utilizar y compartir información de salud sobre usted con fines de investigación. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de revisión y aprobación diseñado, entre otras cosas, para garantizar la privacidad de su información médica. Podemos divulgar información de salud.

información sobre usted a personas que se preparan para realizar una investigación (por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas).

5. Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted sin su permiso sólo según lo permita la ley. Ejemplos de situaciones en las que podemos estar

Los requisitos para divulgar información de salud sobre usted incluyen: emergencias, salud pública, amenazas a la salud o seguridad, denuncia de abuso o negligencia, problemas de salud. actividades de visión y auditoría, seguridad nacional, forenses, examinadores médicos, directores de funerarias, donación de órganos/tejidos y compensación laboral.

También es posible que la ley nos exija proporcionar información de salud sobre usted en respuesta a solicitudes de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en forma limitada.

circunstancias, instituciones correccionales o como parte de procedimientos legales en respuesta a órdenes judiciales o administrativas válidas y/u otras disposiciones legales válidas. autoridad.

Otros usos de la información de salud

Los usos o divulgaciones de su información de salud que no estén cubiertos por este Aviso o la ley se realizarán únicamente con su permiso por escrito. (Este

incluye aquellos utilizados con fines de marketing distintos de los materiales enviados a usted sobre servicios de atención médica u otras opciones de tratamiento). En adelante

Para respaldar su derecho a la privacidad, no podemos aceptar su autorización general para divulgar información de salud para un tratamiento que aún no ha recibido. Si

Si nos permite usar o compartir información de salud sobre usted, puede retirar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si recuperas tu permiso, ya no usaremos ni compartiremos la información de salud que usted especificó por los motivos que anotó por escrito. Entendemos que cuando retirar su permiso, no podemos recuperar ninguna información que ya hayamos compartido con su permiso. También estamos obligados a Mantener registros originales de la atención que le brindamos.

Sus derechos con respecto a su información de salud

1. Tiene derecho a ver y recibir una copia de su información de salud. Para ello deberá presentar su solicitud por escrito. Si solicita un copia, debe solicitarse con anticipación y es posible que le cobremos una tarifa por el costo de las copias, el envío y/u otros suministros. En determinadas situaciones, nosotros puede denegar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, le informaremos, por escrito, por qué se rechazó su solicitud y le explicaremos su derecho a tener la negación revisada.
2. Tiene derecho a recibir un resumen clínico de su visita al consultorio. Para hacerlo, simplemente solicítelo en el momento de su visita. Intentaremos hacer esto disponible para usted dentro de los tres días hábiles.
3. Tiene derecho a recibir una copia electrónica de su información de salud. Si solicita una copia electrónica, deberá solicitarla con antelación y podemos cobrarle una tarifa por el costo de proporcionarle un CD, unidad USB, envío y/u otros suministros. También podemos proporcionarle acceso a un Registro Médico Universal, que le permite crear, mantener y compartir su registro médico electrónicamente.
4. Si cree que nuestro registro de su información de salud es incorrecto o está incompleto, tiene derecho a solicitar que se modifique la información. Puedes Para ello, envíe su solicitud por escrito, incluido el motivo de la solicitud. Podemos rechazar su solicitud si la información no fue creada por nosotros, no es parte de la información de salud que mantenemos, o si se determina que la información de salud es correcta. Puede apelar nuestra decisión enviándonos una solicitud por escrito.
5. Tiene derecho a solicitar una lista de todas nuestras divulgaciones de su información de salud, excepto la información divulgada para tratamiento, pago o operaciones de atención médica, o para aquellas divulgaciones que usted autorizó específicamente y para ciertas otras actividades. Para solicitar esta lista, debe enviar su solicitud por escrito. Su solicitud debe indicarnos un período de tiempo específico (que comienza después del 14 de abril de 2003) de no más de seis años. La primera revelación La lista que solicite en cualquier período de 12 meses es gratuita. Es posible que cobremos una tarifa por listas adicionales.
6. Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos y divulgamos su información de salud. Puede hacerlo presentando una solicitud por escrito, diciéndonos cómo y qué información limitar. Consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados legalmente a aceptarla. Tampoco estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, seguiremos su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.
7. Si paga toda su factura de su bolsillo, puede solicitar que no compartamos información de tratamiento con su plan de salud.
8. Tiene derecho a solicitarnos que le enviemos información a una dirección diferente (por ejemplo, enviar información a su dirección de trabajo en lugar de

su domicilio) o de una manera diferente (por ejemplo, en un sobre sin marcar en lugar de nuestro sobre de correo normal), o a un tercero. Tú

podrá hacerlo enviando una solicitud por escrito, e identificando dónde enviar la información. Tenemos derecho a decidir si la solicitud es

razonable. No tenemos que cumplir con una solicitud irrazonable.

9. Tiene derecho a ser notificado de cualquier violación de su información.

10. Podemos compartir información sobre usted sobre su difunto con familiares y otras personas involucradas en su cuidado.

11. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este Aviso en cualquier momento.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja llamando a nuestro gerente de oficina al 727-861-0678 o a Tampa Bay.

Oficina Administrativa de Surgical Group en 606 S. Boulevard, Tampa, FL 33606. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Antes de realizar un cambio importante en nuestras políticas,

revise rápidamente este Aviso y publique un nuevo Aviso. Cualquier cambio se aplicará a la información de salud que tenemos archivada y a la información de salud que tenemos.

crear o recibir después de la fecha de vigencia del nuevo Aviso. Puede solicitar una copia del Aviso actual en nuestra oficina. La fecha de vigencia de este

El aviso es: 1 de abril de 2013.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del Paciente/Representante Legal: _____

Fecha de Hoy: _____

Si es representante legal, indique la relación con el paciente: _____