

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, M.D.

Formulario De Consentimiento Del Paciente Para Telemedicina

Yo, _____, paciente de Central Florida Primary Care acepto participar en una evaluación de telemedicina. A la vez, autorizo la transmisión electrónica de mi información médica y / o sesión de videoconferencia para que pueda ser vista por un Proveedor de Central Florida Primary Care disponible (M.D., ANRP, PA) y otras personas involucradas en mi atención médica. [Nota: La probabilidad de que esta transmisión sea interceptada por personas que no estén en el sitio de consulta es extremadamente pequeña].

Entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento y que no tengo que responder ninguna pregunta que considere inapropiada ó que yo no quisiera que sea escuchada por otras personas. Entiendo que, si no elijo participar en una sesión de telemedicina, no se tomarán medidas en mi contra que causen un atraso en mi atención y que aún puedo obtener una consulta cara a cara.

Entiendo que, como con cualquier tecnología, la telemedicina tiene sus limitaciones. No hay garantía, por lo tanto, de que esta sesión de telemedicina elimine la necesidad de ver a un proveedor médico en persona.

Entiendo que los registros médicos de los servicios de telemedicina se mantendrán tanto en las instalaciones del sitio del proveedor como en las instalaciones del sitio de consultoría, si es necesario.

Entiendo que parte o la totalidad de mi información médica puede usarse para fines de aprendizaje o educativos.

PARA DEMONSTRACIÓN SOLAMENTE: Acepto permitir que otras personas, no involucradas en mi cuidado médico pueden observar mi evaluación. Entiendo que puedo declinar en cualquier momento. **DISMINUCIÓN** _____ **(iniciales del paciente)**

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Por favor escriba su nombre: _____

Firma del testigo: _____

➤ *Para retirarse de una evaluación de telemedicina, complete la información al final de esta página*

(MARQUE ESTA CAJA Y FIRME ABAJO PARA DECLINAR). Elegí no participar en esta evaluación de telemedicina.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Por favor escriba su nombre: _____

Firma del testigo: _____

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

Fecha: _____

Estimado Nuevo Paciente:

En nombre del Dr. Pedro Ortega y todo nuestros empleados, nos gustaría darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos gustaría tomar el tiempo para agradecerle por elegirnos en proporcionar todas sus necesidades de cuidado médico primaria. Para su conveniencia, nuestras horas de oficina son de **lunes a jueves de 8:00 am a 5:30 pm y viernes de 8:00 am a 3:00 pm.**

Si experimenta un problema médico después de horas, llámenos primero al **(407) 478-0028**. Estamos de guardia 24/7. El acceso telefónico emergente que no amenaza la vida se maneja inmediatamente. Si usted considera su emergencia como algo grave debe llamar al 911.

Como parte de la atención médica preventiva que practicamos, todos los nuevos miembros reciben un examen físico. Después de esta visita inicial, le veremos de manera regular, la frecuencia de la que le verán dependerá de sus necesidades individuales.

Se incluyen con esta carta nuestras políticas de la oficina con respecto a las hospitalizaciones, referencias, autorizaciones, recargas de la prescripción, etc. Familiarícese con estas políticas y traiga una copia firmada con usted en su primera visita o tendremos una copia para que usted firme en ese momento.

Esperamos ofrecerle servicios médicos de calidad de la manera más cortés y eficiente posible.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos.

Sinceramente,

Central Florida Primary Care

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

Las Políticas y Procedimientos de Nuestra Oficina

EMERGENCIAS/HOSPITALIZACIONES: Nuestro servicio de contestador está disponible **antes** y **después** de horas de oficina. No espere que los síntomas lleguen al punto que tenga que ir a la sala de emergencias.

Por favor llame a esta oficina antes de ir al hospital, incluso después de horas o el fin de semana. Debemos intentar evitar visitas innecesarias a la sala de emergencias. Sin embargo si usted considera es algo aparte no dude a llamar al 911.

En caso de que vayas al hospital, por favor, hágales saber que usted es un paciente de Central Florida Primary Care.

REFERIDOS/AUTORIZACIONES: Por el Plan de salud, todos los referidos y autorizaciones **deben provenir de esta oficina.** Esto proporciona al Dr. Ortega la oportunidad de identificar sus problemas/inquietudes y determinar un plan de tratamiento adecuado. También nos permite proporcionar a su Plan de salud con los documentos requeridos y notas de su visita y si hay necesidad de un referido/autorización o pre-certificación. Necesitará hacer una cita de seguimiento con nosotros después de ver al especialista. Una vez que recibamos las recomendaciones del especialista, el Dr. Ortega determinará si su condición es estable y él decidirá si usted necesita más pruebas o seguimiento de referidos. Sus recetas y seguimiento de pruebas, se ordenará a través de nuestra oficina. Los servicios de laboratorio deben ir al laboratorio autorizado por su plan de salud y le recomendaremos el centro de Radiología que debe utilizar. Autorizaciones y certificaciones previas requieren revisión del Plan de salud y pueden ser negados por el Plan de salud. Se requieren 5 días hábiles para cualquier referido de rutina y por lo menos 5-7 días laborales para autorizaciones o certificaciones previas.

RECARGAS DE LA PRESCRIPCIÓN: Medicamentos genéricos se utilizará siempre que sea disponible. **Indique un aviso de 72 horas para todas recargas de prescripción a ser llamado por nuestra oficina.** Recargas no se darán si usted no ha sido visto recientemente en la oficina o después de horas y fines de semana.

CANCELACIÓN Y PUNTUALIDAD: Por favor, háganoslo saber a la brevedad si usted no puede hacer su cita. Esto nos ayudará a acomodar a otros pacientes. Si no puede cumplir con esta **política podría resultar en un cargo de visita de oficina de \$25.00.** Debera cancelar con 24 horas de anticipación ya sea en persona o por teléfono. **No se aceptarán cancelaciones a través de correo de voz o el contestador como aviso.**

SI PREVÉ QUE MÁS DE 15 MINUTOS TARDE A SU CITA, por favor llame a nuestra oficina para ver si su cita necesita ser reprogramado.

Al firmar abajo, estás indicando que usted ha leído y está de acuerdo con las políticas anteriores.
Patient Name

(Nombre): _____

Firma Del Tutor Legal o paciente: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Información del Paciente

Apellido: _____ Segundo Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Idioma Preferido: _____

Correo Electrónico: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Seguro Social: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono Móvil: _____

Farmacia Preferida: _____ Telefono de Farmacia: _____ Ubicación de la Farmacia: _____

Raza:

Indio Americano / Nativo de Alaska Asiático

Negro/Afroamericano Nativo Hawaiano / Isleño Pacífico

Hispano Blanco / Caucásico

Etnia:

Hispano / Latino

No Hispano / Latino

Otro: _____

Otro: _____

Información de la parte Responsable / Seguro

Nombre Del Seguro Principal: _____

Apellido: _____ Segundo Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____ Seguro Social: _____

Ocupación: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono Movil: _____

Apellido del suscriptor: _____ Nombre del suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de grupo: _____ Número de Póliza: _____

En Caso de Emergencia

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Número de Contacto: _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por los servicios prestados y que el pago se debe en el momento del servicio a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. Entiendo que soy responsable de cualquier servicio que no esté cubierto por mi compañía de seguros. Autorizo a Central Florida Primary Care y al personal a que comuniquen a mi compañía de seguros y a su (s) agente (s) cualquier información relacionada con los servicios y tratamientos médicos. Autorizo a mi compañía de seguros o a cualquier otra parte responsable a hacer el pago directamente a la atención de Central Florida Primary Care. Los pacientes que pagan por su propio pago y los que no participan deben pagar en su totalidad antes de que los servicios médicos sean prestados. No podemos presentar una reclamación con compañías de seguros no participantes.

Entiendo que recibiré estados mensuales regulares de mi cuenta que reflejen un saldo adeudado y que EL PAGO FINAL DE MI CUENTA ES MI ÚNICA RESPONSABILIDAD sin importar por la falta de pago de mi compañía de seguros. Esta autorización y asignación será de carácter continuo, permaneciendo en vigor hasta que sea revocada por escrito por el abajo firmante.

Por la presente consiento y autorizo a Central Florida Primary Care, sus proveedores de atención médica, técnicos, enfermeros y / o otro personal de atención médica, según sea necesario para diagnosticar y prestar atención a lo anterior.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle este Aviso de Prácticas de Privacidad y cumplir con sus términos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y aplicar prácticas de privacidad revisadas a la información de salud protegida. Este aviso entrará en vigor el 21 de abril de 2015 y estará vigente hasta que lo reemplacemos. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros en Central Florida Primary Care, 3727 N. Goldenrod Rd., Suite 106 Winter Park, FL 32792 Teléfono: (407) 478-0028 Fax: (321) 203-4720.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Utilizamos y divulgamos información médica sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Esta oficina puede usar y divulgar información médica y financiera relacionada con su cuidado que pueda ser necesaria ahora o en el futuro para facilitar el pago por parte de terceros por los servicios prestados por nosotros, o ayudar con, ayudar o facilitar la recopilación de datos para Fines de evaluación de la utilización, garantía de calidad o evaluación de resultados médicos. Tal información puede ser divulgada a compañías de seguros, HMOs y PPOs, organizaciones de cuidado administrado, IPAs, CMS, u otros pagadores gubernamentales o de terceros, o cualquier organización que contrate con cualquiera de las entidades mencionadas anteriormente para llevar a cabo tales. Copias de su información médica pueden ser entregadas a cualquier otro médico que sea directa o indirectamente responsable de su atención médica. Podemos usar o revelar su información médica para notificar a un miembro de la familia u otra persona responsable de su cuidado basado en nuestro juicio profesional y las circunstancias. Podemos usar su información médica para comunicarnos con usted para proporcionar recordatorios de citas y para tratar de llamarle para notificarle que los resultados de las pruebas de laboratorio están disponibles. Podemos usar su nombre y su ubicación en los directorios de nuestras instalaciones. Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos que involucran asuntos y actividades de salud pública y seguridad, muerte, ciertas solicitudes de su empleador, personal y programas gubernamentales, donación de órganos, procedimientos judiciales y administrativos, aplicación de la ley, abuso, negligencia o violencia doméstica, y compensación laboral.

DERECHOS INDIVIDUALES

Esta oficina no usará o revelará ninguna de su información médica y financiera para ningún propósito no mencionado arriba sin su autorización específica. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. Usted puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones. Esta oficina no está obligada a aceptar una restricción solicitada. Usted puede tener el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de su información médica protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar, copiar y enmendar su información médica protegida. También puede solicitar una contabilidad de las revelaciones de su información de salud protegida de esta oficina. Cargaremos una tarifa basada en el costo para la copia de los registros y para el franqueo.

PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Usted puede registrar una queja con esta oficina si sospecha que sus derechos de privacidad han sido violados. Investigaremos la queja y le informaremos de los hallazgos. No habrá represalias contra usted por parte de esta oficina en caso que usted registre una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

X

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida ("PHI") sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este formulario. Su firma abajo reconoce que ha recibido una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Según lo dispuesto en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con una de nuestras oficinas. Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos cómo la PHI sobre usted es usada o revelada para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de la PHI sobre usted para el tratamiento, pago y operaciones de salud como se describe en nuestro Aviso. Estas revelaciones pueden ser por teléfono, correo, fax o transmisión electrónica. **A menos que indique lo contrario por escrito, si permite que un tercero que no sea uno de los médicos o personal de la práctica esté en la sala de examen mientras uno de nuestros médicos o personal lo está examinando o discutiendo su cuidado, tratamiento o condición médica con usted, al firmar este Formulario de Consentimiento usted está consintiendo a la divulgación de su PHI a ese tercero.**

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hemos hecho revelaciones basándonos en su consentimiento previo. Si usted se niega a firmar este consentimiento o revoca este consentimiento, Central Florida Primary Care puede rechazar el tratamiento o proporcionar tratamiento adicional a partir del momento de la revocación, excepto en la medida en que el tratamiento sea requerido por la ley.

Estoy dando mi consentimiento a la divulgación de mi información médica protegida ("PHI") a las siguientes personas:

Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:

He leído y entiendo la información en este reconocimiento. Soy el paciente o estoy autorizado a actuar en nombre del paciente para firmar este documento. Al firmar a continuación, reconoceré y aceptaré las condiciones anteriores.

X

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

HISTORIA MÉDICA PERSONAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, marque si ha tenido algún problema en el pasado o si tiene alguna de las siguientes condiciones:

	Pasado	Presente		Pasado	Presente		Pasado	Presente
Rinitis Alérgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linfoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malestar Abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes Tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Degeneración Macular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangrado Anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes Tipo 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migrañas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infarto de Miocardio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de Anestesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dificultad para Orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Náuseas o Vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eczema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flujo Vaginal Anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsia (Convulsiones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vejiga Hiperactiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fibromas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relaciones Sexuales Dolorosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estenosis Aórtica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Micción Frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Períodos Dolorosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fibromialgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Palpitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Disfuncion Erectil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pancreatis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombosis Arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de la vesícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sangrado Rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthristis (Reumatismo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cálculos biliares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre Reumática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis (Osteo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dificultad para Respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de Espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stent (Corazón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrilación Auricular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stent (Pierna)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reflujo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fuerte insta a orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiencia de B12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tobillos Hinchados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastornos de la Sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataque al Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangre en las Heces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hematuria (sangre en la orina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aumento de peso inexplicable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronquitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pérdida de peso inexplicable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer (Melaoma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedades venéreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer (Colon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(Círculo Uno) Hepatitis A B C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	o Otro		
Cáncer (Pulmón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alta Presion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Pasado	Presente
Cáncer (Seno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colesterol Alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer (Ovario)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Catarata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas con la orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambios en los hábitos intestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Indigestión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer (Próstata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esterilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pérdida de orina involuntaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer (Piel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Irritable Bowel Syndrome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Renal Crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del Riñon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia Cardíaca Cogestiva (CHF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cálculos Renales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Pólipo de Colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de Espalda Baja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Enfermedad de la Arteria Coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lupus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

HISTORIA MÉDICA PERSONAL (CONTINUADA)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias a medicamentos, colorantes de rayos-X u otras sustancias: Sí No

(Por favor especifique)

Cirugías: (Por favor liste y proporcionar las fechas para cada cirugía)

Año	Razón

Hospitalizaciones: (Por favor liste y proporcionar las fechas para cada hospitalización)

Año	Razón

Historial de inmunización: (Que ha tenido?)

Inmunización Pneumovax	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fecha:
Inmunización de la influenza (Gripe)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fecha:
Inmunización de Herpes Zoster	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fecha:

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

HISTORIA MÉDICA PERSONAL (CONTINUADA)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicamentos actuales: (Prescripción en receta, Vitaminas, Hierbas, etcetera...)

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis

Exámenes: (Indique la última vez que se hizo cualquiera de estos exámenes)

Colonoscopia	Fecha:
Mamograma	Fecha:
Examen de la vista	Fecha:
Papanicolao	Fecha:

Antecedentes Familiares: (Tiene cualquier miembro de su familia incluyendo a padres, abuelos, hermanos, hermanas tenían alguna de las siguientes enfermedades)

Enfermedad	Que miembro de la familia	Edad cuando se diagnostico
Cáncer (Describir Tipo)		
Presión Arterial Alta		
Enfermedades del Corazón		
Diabetes		
Accidente Cerebrovascular		
Enfermedad Mental		
Adicción al Alcohol o Drogas		
Glaucoma		
Enfermedad de Sangrado		
Otro: _____		

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

CONOCIMIENTO DE DIRECTIVAS POR ANTICIPADO DE CUIDADO MÉDICO

(POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD. ESCRIBA CLARAMENTE Y CON CUIDADO)

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número del Seguro Social: _____

COMO SU MEDICO, NECESITAMOS SABER SI USTED HA EJECUTADO UNA DIRECTIVA POR ANTICIPADO DE CUIDADO MÉDICO:

Sí No

SI SU RESPUESTA ES SI, QUE FORMA DE DIRECTIVA ES ESTA:

Declaración de testamento en vida Un poder legal para atención de salud

Designación de sustituto para tomar decisiones acerca del cuidado medico Ejecutor/Ministro de su estado

Si ha ejecutado una Directiva por Anticipado de las nombradas arriba, y todavía no ha proporcionado nuestra oficina con una copia, por favor hacerlo en su próxima visita.

Si su respuesta es No, por favor lea la siguiente información y firme el formulario.

Como parte del derecho de una persona a la autodeterminación, cada adulto puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento medico recomendado. Cuando una persona pierde la capacidad de tomar decisiones por limitaciones físicas o mentales, como el estar en coma o desarrollar demencia, esta persona es considerada incapacitada. Para asegurarse que los deseos de una persona incapacitada acerca de su salud sean respetados, la planificación por anticipado de la atención médica fue creada. Estas directivas definen por escrito sus deseos acerca de tratamientos médicos en el futuro. Sin tener sus instrucciones por escrito, sus familiares o doctores. tendrían que adivinar qué tipo de tratamientos usted desea recibir. En algunos casos, ciertos tratamientos medicos pueden ser administrados contra su voluntad por no tener su preferencia expresada por escrito. Los siguientes, son algunos de los diferentes tipos de planificación por anticipado de la atención médica:

TESTAMENTO DE VIDA: Es un documento legal que expresa su voluntad a nivel de atención médica en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones por sí mismo.

SUSTITUTO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD: Este document nombra a otra persona como su representante para tomar decisiones por usted en caso de que no pueda tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones acerca de tratamientos que desea o no desea recibir, parecido al testament de vida.

DONACIÓN DE ÓRGANOS: Es un document que indica sus deseos de donar, al fallecer, todo o parte de su cuerpo. Usted puede indicar su preferencia de ser un donante de órganos al designarlo en su licencia de conducir o en su tarjeta de identificación, completer un formulario para la donación de órganos o por escrito en su testament de vida.

ORDEN DE NO RESUCITAR: Es un formulario de color Amarillo el cual establece que usted no desea ser resucitado en caso de que deje respirar o su corazón deje de latir.

La planificación por anticipado de la atención médica solo será efectiva si usted queda incapacitado y puede hacer cambios a sus directivas en cualquier momento. Mientras usted tenga capacidad de entendimiento, debe discutir las expectativas de su cuidado médico en el futuro directamente con su doctor. Sin embargo, antes de que usted llene las formas de directivas por anticipado, le recomendamos que la discuta con su familia, amigos, abogado o consejero espiritual.

Marque una "X" si le gustaria recibir formularios de planificado por anticipado de nuestra oficina.

X

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

X

Nombre del Tutor Legal o paciente

Fecha

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD, Internal Medicine
Jonathan P. Peach, DNP, ARNP

*
*

Cesar Corretjer, MD
Iveth Mastrapa, ARNP

POLÍTICA FINANCIERA

SEGURO: Aceptamos la mayoría de los seguros, las asignaciones de Medicare y Medicaid. No estamos contratados con compañías de compensación del trabajador. Por favor llame a su compañía de seguros para asegurar si se cubrirá la consulta. Los pacientes son responsables de copagos, coseguros o deducibles en el momento de la visita.

SERVICIOS DE LABORATORIO: Tenemos la capacidad de coleccionar la sangre en nuestro laboratorio interno para un cargo de \$20 para pacientes con seguro y un precio que se determinará para pacientes sin seguro. También enviamos a nuestros pacientes a los laboratorios contratados con sus compañías de seguros. Las compañías de seguros cambian sus contratos con los laboratorios todo el tiempo, por lo que cada paciente necesita saber que laboratorios su seguro les permite ir. Esto nos ayudará a enviar al laboratorio correcto. Trabajamos muy diligentemente para asegurarse de que se envíen al laboratorio correcto. Si por alguna razón se niega un laboratorio para el pago, no es responsabilidad del médico o la práctica de pagar esta factura. Todas las facturas de laboratorio son la responsabilidad del paciente. Si decide ir a otro laboratorio, que no es pagado por su seguro usted será responsable por el pago.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE: Nuestra política de esta oficina que como cortesía a nuestros pacientes, nos presente sus reclamos a sus compañías de seguros como una manera de ayudarles a garantizar que los pagos son enviados por los servicios que hemos prestados. No somos responsables por reclamaciones que no se archivan en un asunto puntual por motivos tales como (dieron mal información seguros; números de ID incorrecta o afirma que se envían a la dirección de seguros mal). En última instancia, es la responsabilidad del paciente para el pago de los servicios que se prestan. El paciente es responsable de pagar los saldos de deducibles, coseguro o cualquier saldo debido a un cambio en la cantidad de copago dentro de 30 días después de que el seguro paga su reclamo.

PAGOS: Todos los copagos, que están determinados por las compañías de seguros del paciente, ***deben ser pagados en el momento que se prestan los servicios.*** Si el paciente decide pagar de su bolsillo en efectivo **se requiere pago completo** para todos los servicios. A veces se hacen excepciones con el fin de ayudar a un paciente debido a dificultades financieras. Estamos dedicados a ayudar a los pacientes a obtener la atención médica que necesitan.

FORMAS DE PAGO: Aceptamos efectivo o crédito (Visa, MasterCard, Discover o American Express). ***Todo balance adeudado de \$40 o menos deberá ser pagado en EFECTIVO, no se aceptarán pagos con tarjetas de credito o debito para estos balances.***

FORMAS A LLENAR: Si un paciente necesita un formulario para rellenar, como una forma FMLA, cartas, documentos, etc... Se aplicará un cargo de \$25. Se puede tomar hasta 3-5 días laborales para dar tiempo suficiente a los proveedores para revisión de expediente del paciente y rellenar en consecuencia. Nuestro personal llamará al paciente cuando el formulario está listo para ser recogido o enviado por fax para cobrar el pago. En algunos casos puede costar mas de \$25 de acuerdo al documento.

LA POLÍTICA DE “NO SHOW”: TODO paciente firmara este acuerdo al momento en que comienza a formar parte de la práctica. **Un cargo de \$25 que se aplicará a la cuenta del paciente automáticamente si el paciente no se presenta o no llama a cancelar con 48 horas de anticipación.**

PROCESO DE RECOLECCIÓN: Trabajamos diligentemente para resolver todas las reclamaciones con las compañías de seguros del paciente. Enviamos factura de declaraciones al paciente cada mes a cada paciente con un equilibrio. Esto se hace cada mes junto con una carta adjunta a la solicitud de segunda y tercera. A final de los 60 días, llamamos a cada paciente para recordarles que un balance por los servicios prestados no se ha pagado a fecha de hoy y es vencida. Tratamos de obtener el pago de estas cuentas. Si el pago no se recibe en el tiempo asignado, luego cuenta de la transferencia de este paciente a nuestras colecciones internas y la cuenta se coloca en un estado congelado. Cuando se han agotado todos los esfuerzos, entonces descartamos al paciente de la práctica después de darles una última oportunidad para pagar su saldo. Aunque seamos capaces de proporcionar servicios de emergencia a usted en una única base de efectivo para los próximos 30 días, debe arreglar para tener servicios médicos en otros lugares. Una tarifa de 35% se añadirá al paciente todos los saldos cuando se transfieren a una agencia externa de la colección y se convertirá en la responsabilidad del paciente para pagar. En que momento al paciente será expulsado de nuestra práctica.

POLÍTICA DE REEMBOLSO: Todos los reembolsos a las compañías de seguros y los pacientes se realizan al final de cada mes siempre y cuando no hay ninguna reclamación pendiente. No hacemos ningún reembolso de cualquier pago hecho por un paciente uno mismo-pagar que está en proceso de obtención de seguro. El paciente tiene las opciones para programar su cita y esperar a que su seguro sea activo.

Firma del Tutor Legal o Paciente:	Fecha:
Firma del Testigo:	Fecha: