

VICTOR ARBOLEDA MD PA FORMA DE REGISTRACION

(Por favor imprima)

Fecha de hoy:			Medico anterior:		
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.
Estado marital (marque) Soltero / Casado / Union Libre / Div / Sep / Viudo					
Idioma principal		(Nombre anterior):		No. Seguro Social :	Fecha de Nacimiento: / /
					Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:			Teléfono - casa: ()		Teléfono - celular: ()
Apartamento:		Ciudad:		Estado:	Correo postal:
Dirección 2:			Teléfono - casa: ()		Teléfono - celular: ()
Apartamento:		Ciudad:		Estado:	Correo postal:
Ocupación:		Empleador:			Teléfono del Empleador: () Ext.
Razón porque escogió la clínica:		<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Plan de seguro <input type="checkbox"/> Hospital
Razón de su visita:			<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Un accidente	<input type="checkbox"/> Ninguno
			Fecha del Accidente:	/ /	

INFORMACION DEL SEGURO					
(Por favor presente su tarjeta del seguro a la recepcionista.)					
Persona responsable del pago		Fecha de Nacimiento:	Dirección (si es diferente):		Teléfono-casa: ()
Ud. / Esposo / Padre / Otro		/ /			
Empleador:		Dirección del Empleador:			Teléfono del Empleador: ()
¿Está el paciente cubierto por el seguro?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Seguro primario:		Seguro Secundario:
Nombre del Primer Asegurado:		No. Seguro Social:	Fecha de Nacimiento: / /	Grupo no.:	Póliza no.:
					Co-pago: \$
Relación del Paciente con el Asegurado:		<input type="checkbox"/> Ud.	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Otro
Nombre del Segundo Asegurado:		No. Seguro Social:	Fecha de Nacimiento: / /	Grupo no.:	Póliza no.:
					Co-pago: \$
Relación del Paciente con el Asegurado:		<input type="checkbox"/> Ud.	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Otro

EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre de la persona con la que se puede discutir su condición médica:		Relación:	Teléfono-casa.: ()	Teléfono del Trabajo: ()
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Correo Postal:

Yo, la persona que firma, consiento voluntariamente a recibir cuidado médico/diagnostico y tratamiento, y/o cirugía menor que el Dr. Victor Arboleda MD considere prudente y necesario para el diagnostico y tratamiento de mi condición. Reconozco que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no me han garantizado resultados del tratamiento y examen que he recibido en esta oficina.

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

Victor Arboleda MD PA



525 S Hercules Ave Ste 102, Clearwater, FL 33764
Phone: (727) 442-6068 Fax: (727) 443-4894

AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO MÉDICO

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Soltera: _____ No. de Seguro Social: _____

Solicito y autorizo a _____ Que otorgue información del médica del paciente previamente señalado :

Nombre: Victor Arboleda MD PA

Dirección: 525 S Hercules Ave Ste 102

Ciudad: Clearwater Estado: FL Código postal: 33764

La información que autorizo otorgar abarca:

Información médica en general referente a tratamientos, limitada a las siguientes fechas :

Toda la información médica en general:

Otras

especificaciones: _____

Aclaración: Las enfermedades de transmisión sexual conocidas por sus siglas en inglés como (STD), según lo definido por la ley, RCW 70.24 et seq., incluyen: herpes, herpes simple , el virus del papiloma humano, verrugas, las verrugas genitales, condilomas, la Chlamydia, la uretritis no específica, la sífilis, VDRL, el chancro, el venereum del lymphogranuloma, el VIH (virus humano de la inmunodeficiencia), el SIDA (síndrome de inmuno deficiencia adquirida), y la gonorrea.

Sí No Autorizo se otorguen resultados sobre exámenes que se me hagan con la finalidad de determinar la existencia de enfermedades de transimisión sexual, incluyendo el HIV y el SIDA, independientemente de que estos resultados fuesen positivos o negativos, a la persona ya determinada, la cual para poder tener acceso a estos exámenes, entiendo, deberá tener un permiso por escrito en el que yo, le permito conocer a la información antes citada.

Sí No Autorizo se otorguen mis expedientes con respecto al uso de droga, alcohol, o tratamientos mentales que se me hubiesen realizado.

Firma Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE PROLONGACION DE VIDA

Para cumplir con el Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, y Capitulo 745, de los Estatutos de Florida, por favor conteste las siguientes preguntas:

Declaración para Terminar los Procedimientos de Prolongación de Vida (LIVING WILL)

- He realizado la declaración
- NO he realizado la declaración

Persona Asignada para Decisiones Medicas

- He designado a una persona para tomar decisiones en mi salud
- NO he designado a una persona para tomar decisiones en mi salud

Poder Legal para Decisiones Medicas

- He designado a través de un poder legar a quien tome decisiones en mi salud.
- NO he designado a través de un poder legal una persona que tome decisiones en mi salud.

He recibido información del Acta acerca de mis derechos en decidir en la prolongación de vida.

Firma del paciente o representante

Fecha

RECONFIRMACION ANUAL

Yo reconozco que esta información continua vigente

Firma del paciente o representante	Fecha	Firma del paciente o representante	Fecha

He recibido información del Acta acerca de mis derechos en decidir en la prolongación de vida, pero rehúso contestar las preguntas de arriba.

Firma del paciente o representante

Fecha

VICTOR ARBOLEDA MD PA

Asignación de Beneficios y Reconocimiento de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Si no tiene seguro medico

Prometo pagar mis gastos médicos, en total, por la atención médica recibida. Si por alguna razón tengo un balance, prometo cancelarlo tan pronto como reciba la cuenta.

Si tiene, HMO, PPO, Seguro comercial, o Seguro de Trabajo

Prometo respetar las condiciones de mi seguro medico, incluyendo: pago del co-pay, co-insurance, cantidad deducible y/o servicios no cubiertos por el seguro al tiempo de la visita y pago de la cantidad que mi compañía de seguro determine es mi responsabilidad, cuando reciba la cuenta mensual. Solicito que el pago de servicios autorizados sean hechos a nombre de **Victor Arboleda MD PA** por los servicios recibidos. Autorizo a los portadores de mi información médica a enviar cualquier información que mi seguro considere necesaria para determinar mis beneficios o el pago por los servicios médicos recibidos. Si mi seguro de Trabajo no paga mi cuenta por alguna razón, yo seré responsable por el pago total de la cuenta.

Si tiene Seguro de Medicare

Solicito que el pago de servicios autorizados por Medicare sean hechos a nombre de **Victor Arboleda MD PA** por los servicios recibidos. Autorizo a los portadores de mi información médica a enviar cualquier información que los Centros de Medicare y Medicaid (CMS) consideren necesaria para determinar mis beneficios o el pago por los servicios médicos recibidos. Yo prometo pagar la porción de la cuenta que Medicare considere es mi responsabilidad.

Si tiene Seguro de Medigap

Solicito que el pago de beneficios autorizados por Medigap sea dirigido a mi o a nombre de **Victor Arboleda MD PA** por los servicios médicos. Autorizo a los portadores de mi información médica enviar cualquier información que Medigap considere necesaria para determinar mis beneficios o los beneficios que estén cubiertos por el seguro.

Reconocimiento del Beneficiario y Promesa de Pago

Entiendo la información recibida y reconozco (independiente de la clase de seguro medico) que yo soy responsable por el pago de mis servicios médicos recibidos. Entiendo que soy responsable por el pago de mi cuenta, si ha sido enviada a una agenda de colección o por cheques sin fondos. Entiendo que Medicare y/o otros seguros médicos no cubren todos los servicios o procedimientos médicos. Prometo cancelar el balance de mi cuenta y el pago será a esta oficina por los servicios recibidos.

He recibido una copia de la **Información sobre Privacidad para la Protección de la Información Médica**, y he tenido la oportunidad de revisarla.

Consentimiento al Acceso a la Historia de Prescripción

Nuestra práctica utiliza un registro médico electrónico que le permite enviar electrónicamente las recetas directamente a las farmacias. Nuestro sistema también permite a nuestros médicos acceder a una lista de prescripciones compradas por nuestros pacientes en los últimos 2 años. Revisar esta lista ayuda a asegurar la seguridad del paciente y evitar la duplicación de los medicamentos y las interacciones de drogas. Por favor seleccione uno de los siguiente y firme siguiente.

_____ Autorizo _____ No autorizo que Victor Arboleda MD PA tenga acceso a mi historia de prescripción externo .

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

VICTOR ARBOLEDA, MD, PA

RENOVACION DE PRESCRIPCIONES MEDICAS

El Dr. Arboleda o el medico de llamada esta disponible para llamadas de emergencia veinte y cuatro horas al día. La renovación de prescripciones, sin embargo, **no** se considera una emergencia médica. Si necesita nuevas prescripciones usted debe discutirlo con su doctor durante la visita en la oficina o por teléfono con la enfermera durante las horas de oficina, de Lunes a Viernes. Usted recibirá la respuesta dentro de veinte y cuatro horas. De esta manera podemos asegurarle que recibirá un cuidado medico de alta calidad.

COMPANIA EN EL CUARTO DE EXAMEN

Para asegurar su comodidad, si usted lo solicita, puede tener una persona que lo acompañe durante su examen medico.

El acompañante puede ser un amigo, miembro de la familia o nosotros podemos proveer una enfermera de la oficina que este presente durante su examen.

El Doctor, a su discreción, puede igualmente solicitar una persona estar presente durante el examen.

POLITICA DE SOLICITUD DE COPIAS DE HISTORIAS MÉDICAS

De acuerdo al artículo 45 CFR 164.524, de la Regla de Privacidad, permite que una entidad bajo su jurisdicción pueda imponer costos razonables por la copia de historias médicas. El precio puede incluir el costo de copiar (incluyendo materiales y labor) y el correo postal, si el paciente desea que sea enviado por correo.

De acuerdo al Código Administrativo de Florida 64B8-10.003, el trabajador de salud a quien se solicita que envíe copias de la historia medica de un paciente, puede poner como requisito la cancelación del costo del trabajo antes de enviar las copias, precio que no puede ser mayor que:

- (a) El costo de \$1.00 por pagina, por las primeras 25 paginas
- (b) El costo de 25 centavos por pagina, en exceso de 25 paginas

Esta oficina enviara historias médicas de cortesía a otros profesionales médicos, siempre que recibamos:

1. Una petición escrita por su medico, solicitando su información medica protegida, **y**
2. Su autorización firmada para enviar copias de sus registros médicos protegidos.

Si el paciente solicita copias de su historia medica, el/ella tiene que cancelar el costo de las copias.

Entiendo completamente y cumpliré con todas las pólizas antedichas.

Firma del paciente

Fecha