

Cuestionario para Nuevos Pacientes

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre:		Fecha:
Fecha of Birth:	Edad:	# de Seguridad Social:
Genero de nacimiento: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Transgénero (M a H)(H a M) <input type="checkbox"/> Inseguro		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otro _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En relación <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Dirección de casa:		
Dirección de casa línea 2:		
Ciudad, estado y código postal		
Número(s) de teléfono(s) <i>Seleccione la casilla correspondiente a su número, etc.</i> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo		
Correo electrónico:		
(¿Desea habilitar su portal de paciente?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Número de contacto en caso de emergencia/ Relación		
Médico de atención primaria:	Ciudad, Estado y Código postal del medico primario:	
Informacion de Empleo		
Nombre del empleador:		
Dirección del empleador:		
Ciudad, Estado y Código postal:		
Ocupación:		
Informacion del Seguro		
Compañía de seguros primario:		
Número de teléfono:	Número de póliza:	Número de grupo:
Compañía de seguros secundario:		
Número de teléfono:	Número de póliza:	Número de grupo:
Titular de la póliza/ Nombre del suscriptor		
Parte Financiera responsable:		

Cuestionario para Nuevos Pacientes- Continuoado

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre:

Carrera:

- Indio Americano
- Asiático
- Hawaiano Nativo
- Afroamericano
- Casucásico
- Medio Oriente / Norte de África
- Otra raza
- Otro Isleño pacífico
- Negarse a informar

Etnicidad:

- Hispano o latino
- No Hispano o latino
- Negarse a informar

Preferred Language:

- Inglés Español Criollo

Alergias:

		SI	NO
Medicamentos:	Alergia a la Penicilina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alergia al Yodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alergia a algún otro medicamento?		
Productos Médicos:	Alergia a latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alergia a cintas adhesivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:			

Por favor, anote todos los medicamentos que toma (nombre, dosis, frecuencia):

	Dirección	Teléfono
Farmacia Local		
Farmacia de pedidos medicos		
(¿Que laboratorio usas?)		

Por la presente doy mi consentimiento para que Midway Specialty Care Center, Inc. obtenga mi historial de prescripciones de cualquiera o todas las fuentes.)

Firma del paciente:

Cuestionario Del Acto De Autodeterminación Del Paciente

Para cumplir con la ley de conciliación presupuestaria general de 1990 y el Capítulo 745 de los Estatutos de la Florida, responda las siguientes preguntas con la seleccionando de la respuesta correspondiente:

¿Tiene algun testamento?

_____ Tengo tal testament

_____ NO he hecho tal testament

Sustituto para el cuidado de la salud

_____ Tengo un representante designado para el cuidado de la salud

_____ NO he designado un sustituto de la salud

El Poder notariado para un Abogado

_____ Tengo un poder notariado

_____ NO he notariado un poder para un abogado

Cancelación 24 horas y política de no presentación

Cada vez que un paciente pierde una cita sin proporcionar la notificación adecuada, otro paciente no puede recibir atención. Midway Specialty Care Center, Inc. se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$25.00 por todas las citas perdidas (“no presentación”) y citas que, a falta de una razón convincente, no se cancelan con un aviso de 24 horas.

Las tarifas de “no presentación” se facturará al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples ausencias en cualquier período de doce (12) meses puede resultar en el alta de la práctica. thank you for your understanding and cooperation as we strive to best serve the needs of all our patients.

Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos para satisfacer mejor las necesidades de todos sus pacientes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha revisado este aviso y que comprende la política.

Nombre del paciente:	Fecha:
Firma del paciente	



Nicholas S. Camps, DO / Cynthia I. Rivera, MD / Claudio D. Tuda, MD
4308 Alton Road, Suite #860, Miami Beach, Florida 33140-2891
(305) 674-2766 tele
(305) 674-2765 fax

Consentimientos
Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro del Salud

Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) exige que le solicitamos su permiso antes de divulgar cierta información médica a ciertas personas o entidades.

De acuerdo con la ley, yo _____
autorizo a Midway Specialty Care Center, Inc. a divulgar cualquier información relacionada con mi salud a las siguientes personas o entidades:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

Autorización y Cesión De Seguros

Todos los cargos son pagaderos al momento del servicio

Todos los servicios profesionales se prestan a cargo del paciente. Los formularios necesarios se completarán para ayudar a acelerar los pagos de las compañías de seguros. Sin embargo, el paciente es responsable de todas las tarifas, independientemente de la cobertura del seguro; también es habitual pagar por los servicios prestados a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado.

Autorización y Cesión de seguros: Por la presente autorizo a Midway Specialty Care Center, Inc. para proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos, y por la presente asigno todos los pagos por servicios médicos prestados a mi persona o a mi dependencia. Entiendo que soy responsable por cualquier monto que no esté cubierto por mi seguro.

Además, soy consciente de que si tengo un plan HMO, debe obtener una remisión de mi proveedor de atención primaria por cada visita a Midway Specialty Care Center, Inc. Si no se obtiene una, entiendo que seré responsable de todos los cargos.

Nombre del paciente:
Firma del paciente:



Nicholas S. Camps, DO / Cynthia I. Rivera, MD / Claudio D. Tuda, MD
4308 Alton Road, Suite #860, Miami Beach, Florida 33140-2891
(305) 674-2766 tele
(305) 674-2765 fax

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que conforme a la ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

1. Realizar, Planificar y dirigir mi tratamiento y hacer un seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan participar en mi tratamiento directa o indirectamente.
2. Obtener el pago de terceros pagadores.
3. Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entiendo su **Aviso de Prácticas de Privacidad** que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su **Aviso de Prácticas de Privacidad** de vez en cuando y que puedo comunicarme con la organización en cualquier momento o ingresar al sitio web de la compañía para obtener una copia actualizada del **Aviso de Prácticas de Privacidad**.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero sí acepta que está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente:

Propia Relación con el paciente:

Firma del paciente:

Fecha:



Nicholas S. Camps, DO / Cynthia I. Rivera, MD / Claudio D. Tuda, MD
 4308 Alton Road, Suite #860, Miami Beach, Florida 33140-2891
 (305) 674-2766 tele
 (305) 674-2765 fax

Authorization for Release of Medical Records

I hereby request and authorize release copies of my medical records to Midway Specialty Care Center, Inc.

Records can be sent to the address above **or sent electronically Physician to Physician.**

I understand that my medical records may contain copies of information received from another health care facility or doctor. I also authorize release of the following to Midway Specialty Care Center, Inc.

Type of information to be disclosed:

<input type="checkbox"/> Entire medical record	<input type="checkbox"/> Radiology reports	<input type="checkbox"/> All Hospital records
<input type="checkbox"/> Consultation	<input type="checkbox"/> Billing statements	<input type="checkbox"/> Discharge summary
<input type="checkbox"/> Dental records	<input type="checkbox"/> Pathology reports	<input type="checkbox"/> Laboratory reports
<input type="checkbox"/> Office chart notes	<input type="checkbox"/> Emergency Department reports	<input type="checkbox"/> Other:

Patient Name:	DOB:
Patient's Signature	Date: