

Pronto Medical Care

515 Airport Rd. Panama City FL, 32405

TELEFONO: (850)481-0894 Fax: (850)807-5472

Daniel L. Turley, M.D Carlos H. Fernández PA-C

POR FAVOR LEA Y ESCRIBA LAS INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO PARA CERTIFICAR QUE ENTIENDE CADA ENUNCIADO

- EL PRECIO DEL EXAMEN FÍSICO POR MOTIVOS DE IMMIGRACION ES DE **\$250**. EL PAGO SE DEBE HACER EL DÍA DE SU VISITA. ESTE PRECIO INCLUYE SOLAMENTE EL EXAMEN MEDICO Y LA PREPARACION DEL FORMULARIO I-693. **ESTE PRECIO NO INCLUYE LABORATORIOS, VACUNAS NI TRATAMIENTOS ADICIONALES.** CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO FUERA DEL EXAMEN MEDICO SERA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.

INICIALES: _____

- LOS PAGOS CON TARJETAS DE CRÉDITO/DÉBITO DEBEN TENER I.D. VÁLIDO. ACEPTAMOS VISA, MASTERCARD, DISCOVER O EFECTIVO. **NO ACEPTAMOS AMERICAN EXPRESS O CHEQUES PERSONALES.** EL EXAMEN FÍSICO POR MOTIVOS DE IMMIGRACION ES UN SERVICIO NO REEMBOLSABLE.

INICIALES: _____

- SI ESTÁ EMBARAZADA EL TRAMITE ES DIFERENTE POR LO QUE DEBE INFORMARNOS AL MOMENTO DE SU CITA.

INICIALES: _____

ESTA EMBARAZADA?: SI NO

- DEBE TENER UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN VÁLIDA (EJEMPLO: PASAPORTE, CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN O LICENCIA DE CONDUCIR)

INICIALES: _____

- ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE SABER CUÁNDO DEBE REALIZARSE SU EXAMEN I-693. PRONTO MEDICAL CARE SOLO REALIZA EL EXAMEN MÉDICO. NO SABEMOS LOS TÉRMINOS DE SU CASO, ESO ES ENTRE EL APLICANTE Y USCIS.

INICIALES: _____

- SI POR CUALQUIER RAZÓN SU EXAMEN FÍSICO DEBE SER REALIZADO DE NUEVO, EL PACIENTE SERÁ RESPONSABLE DEL PRECIO DEL EXAMEN FÍSICO, TARIFAS ADICIONALES, VACUNAS Y PRUEBAS DE LABORATORIO.

INICIALES: _____

- ES IMPORTANTE QUE SIGA TODAS LAS INSTRUCCIONES DEL EXAMEN MÉDICO. LAS REGLAS SON HECHAS POR USCIS. NO PODEMOS GARANTIZAR SU DOCUMENTACIÓN DENTRO DE UN PLAZO DETERMINADO.

INICIALES: _____

- BASADOS EN LOS RESULTADOS DE SUS LABORATORIOS, SI POR CUALQUIER MOTIVO NECESITA TRATAMIENTO O REFERENCIAS PARA UNA EVALUACIÓN ADICIONAL REQUERIDO POR USCIS, DEBE CUMPLIR CON LAS INDICACIONES PARA COMPLETAR SU CASO.

INICIALES: _____

- EL FORMULARIO I-693 ESTA EN INGLÉS. SI NO PUEDE LEER O ESCRIBIR EN INGLÉS, DEBE TRAER UN INTÉRPRETE CON USTED A SUS CITAS.

INICIALES: _____

- **SI TIENE UN NUMERO DE "A" "ALIEN NUMBER" USTED ES RESPONSABLE DE TRAER ESTE NUMERO EL DIA DE SU SEGUNDA CITA.** DEBE ESCRIBIR ESTE NÚMERO EN SU FORMULARIO I-693. SI NO TIENE UN NUMERO ASIGNADO ESTO NO APLICA PARA USTED.

INICIALES: _____

- UNA VEZ PROGRAMADA SU CITA PARA RETIRAR SU FORMULARIO, TENGA EN CUENTA QUE ESTAS CITAS NECESITAN SER PREPARADAS CON TIEMPO Y CON LA FECHA EXACTA. SI USTED NECESITA REPROGRAMAR O CANCELAR NOS DEBE AVISAR CON 24 A 48 HORAS DE ANTICIPACION. AVISOS O CANCELACIONES FUERA DE TIEMPO O SI NO SE PRESENTA A SU CITA LE SERA COBRADO UN CARGO DE \$50. TAMBIEN TENEMOS UN CARGO DE \$75 SI NECESITA SU FORMULARIO I-693 SELLADO NUEVAMENTE POR PERDIDA O DANO.

INICIALES: _____

- DEBE PROGRAMAR UNA CITA PARA RECOGER SU SOBRE SELLADO PARA USCIS CON LOS FORMULARIOS I-693. UNA VEZ QUE HAYAMOS VERIFICADO QUE EL SOLICITANTE HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS PARA USCIS EL SOLICITANTE PUEDE PROGRAMAR UNA CITA CON NUESTRA OFICINA PARA FINALIZAR TODA LA DOCUMENTACIÓN.

INICIALES: _____

- TENGA EN CUENTA QUE LOS REQUISITOS DE INMIGRACIÓN PUEDEN CAMBIAR EN CUALQUIER MOMENTO Y ESTO NO ES RESPONSABILIDAD DE PRONTO MEDICAL CARE. ESTAMOS OBLIGADOS A CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS DE USCIS ASIGNADOS A LOS CIRUJANOS CIVILES Y NUESTRO CONSULTORIO.

INICIALES: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PERSONAL: _____ FECHA: _____

Al firmar esto, acepta los términos y condiciones de nuestra oficina "Pronto Medical Care" de acuerdo a la política y los requisitos para los Servicios de USCIS*

PRONTO MEDICAL CARE

Información del Aplicante

Nombre: _____ Apellido (s): _____ Inicial 2do Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____ Sexo: Hombre o Mujer

Fecha de Nacimiento (MES/DIA/AÑO): _____ Teléfono: _____

Estado Civil: Soltero(a)/ Casado(a)/ Viudo(a)/ Divorciado (a)? _____

País de Origen: _____ Ciudad de Origen: _____

Email: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Apellido (s): _____ Inicial 2do Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación con el Paciente: _____

Información del Aplicante

Nombre: _____ Apellido (s): _____ Inicial 2do Nombre: _____

Tiene o ha tenido alguna condición médica crónica? _____ Explique: _____

Tiene o ha tenido historia de enfermedad mental o discapacidad? _____ Explique: _____

Tiene o ha tenido cirugías u hospitalizaciones? _____ Explique: _____

Tiene alergia a algún medicamento? _____ Cuál (es)?: _____

Tiene historia de HIV, enfermedades de transmisión sexual, sífilis o Tuberculosis?: _____

Tiene historial de depresión?: _____

Usa tabaco? _____ Si lo usa, de que tipo y con qué frecuencia: _____

Bebe alcohol? Con qué frecuencia?: Nunca Raramente Moderado Diariamente

Usa Drogas de recreación? _____

Si toma algún medicamento de manera permanente por favor menciónelo a continuación: _____

PMC Firma de Staff: _____ Fecha de Hoy: _____

Formulario de reconocimiento y consentimiento de HIPPA

Entiendo que Pronto Medical Care origina y mantiene registros en pape o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, hallazgos de exámenes, diagnósticos médicos, planes de tratamiento, resultados de pruebas y cualquier plan para atención futura.

Entiendo y he conocido un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de la información y las divulgaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos:

El derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento.

El derecho a oponerse al uso de mi información médica para propósitos de directorio.

El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar mi información de atención médica.

Entiendo que Pronto Medical Care no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas y rechazar los servicios. Puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya actuado basándose en él. Reconozco que al negarme a firmar este formulario o revocar el consentimiento, Pronto Medical Care y sus proveedores pueden rechazar el tratamiento según lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Reconozco que, como parte de mi tratamiento y atención médica, se puede considerar necesario divulgar mi información médica a otra entidad y doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluido el fax, la grabación electrónica y el registro en papel. Acepto y entiendo los términos de este consentimiento.

Nombre y Apellido: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Divulgación a miembros de la Familia / Tutores Designados

Doy permiso para que Pronto Medical Care y sus proveedores divulguen mi información de atención médica, analicen mi atención, relacionada a cualquier condición médica, resultados, hallazgos y decisiones de atención con los siguientes enumerados a continuación. Entiendo que todos los que mencione tendrán acceso a mi información médica.

Nombre y Apellido	Relacion con el Paciente	Numero de Telefono