

¡BIENVENIDO A PRONTO MEDICAL CARE!

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

515 Airport Rd Panama City FL, 32405

Phone Number: (850)481-0894 Fax Number: (850)807-5472

POR FAVOR LEA Y COMPLETE **TODAS** LAS SECCIONES DEL DOCUMENTO PARA PACIENTES NUEVOS.

ESTA CLINICA MEDICA NO PRESCRIBE
SUSTANCIAS CONTROLADAS PARA CONDICIONES CRONICAS.

SI TIENE UN PROBLEMA MEDICO, REGISTRESE. PORFAVOR NO INTENTE RESOLVER CONDICIONES MEDICAS O SINTOMAS POR TELEFONO O CON LA RECEPCION. HAREMOS LO MEJOR PARA AYUDARLE.

POR RAZONES DE SEGURIDAD, SI NECESITA REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS QUE LE HEMOS RECETADO. NOTIFIQUE A SU FARMACIA PARA ENVIARNOS UNA SOLICITUD DE REFILL. EL TIEMPO DE ENTREGA ES (24-72 HORAS) PARA QUE NOSOTROS RESPONDAMOS.

NOMBRE Y APELLIDO

FIRMA

FECHA

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

TESTIGO

FECHA

Información del paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____ Sexo: Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Eres Soltero / Casado / Divorciado/ Viudo /Separado? _____

Raza: Indio Americano/ Nativo de Alaska/ Asiático/ Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico / Africano Americano/ Blanco/Omitir

Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino Omitir Idioma: Inglés Español Otro: _____

Padre o Guardian (Para menores del 18 años)

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Relación con el Paciente: _____

Seguro Medico

Primario

Compañía de Seguro: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Numero de Grupo: _____

Secundario

Compañía de Seguro: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Numero de Grupo: _____

¿Cómo se enteró/Quién lo refirió a nuestra clínica? _____

Consentimiento para Tratamiento y Acuerdo de Pago

Por la presente autorizo a Pronto Medical Care y sus Proveedores a usar/o divulgar mi información médica que me identifica específicamente, para llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

El tratamiento incluye, entre otros: la administración y realización de todos los tratamientos y anestésicos, el uso de medicamentos recetados, la realización de los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables, como procedimientos de diagnóstico, inyecciones, toma/utilización de cultivos u otras pruebas de laboratorio, todo lo que sea a juicio del médico tratante o de las personas designadas puede considerarse médicamente necesario.

Los pagos incluyen, pero no se limitan a: la autorización de pago directamente a Pronto Medical Care y sus proveedores. Por la presente reconozco la divulgación de mis registros médicos a terceros, compañía de seguro y personas autorizadas a quienes la divulgación es necesaria para establecer una tarifa por los servicios prestados. Incluyendo servicios de facturación y cobro, pagadores de seguros, seguros de accidentes automovilísticos, lesiones relacionadas con el trabajo y toda la práctica médica general. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por mi seguro/ por los cuales pagare el precio por cuenta propia.

Las operaciones de atención médica están autorizadas a divulgar mi información médica de atención médica a otros médicos/oficinas médicas/compañías de seguros que participan en mi atención/tratamiento.

Entiendo que esto se da con anticipación a cualquier diagnóstico o tratamiento específico. Reconozco que estoy aquí voluntariamente y tengo derecho a rechazar servicios. Tengo la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico y se haya recomendado un tratamiento. Este consentimiento permanecerá vigente a menos que sea revocado por escrito y no afectará las acciones tomadas antes de recibir la revocación. Una fotocopia de este consentimiento es tan válida como el original.

Los pacientes son responsables de todos los cargos acumulados. Es cortesía de la oficina presentar la solicitud ante su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de sus copagos, porcentajes de deducibles y tasas de coaseguro en el momento de su visita y después de que se procesen las reclamaciones. Es responsabilidad del paciente proporcionarnos la información del seguro, las direcciones y los números de teléfono más actualizados. Las primas de seguro deben estar al día, si sus pagos de primas no están al día, usted puede ser responsable por el monto de las reclamaciones rechazadas o el pago total en el momento del servicio. Las compañías de seguros/los planes del mercado/Medicare tienen límites de presentación oportunos para todos los reclamos que van de 60 días a 6 meses. Si está fuera del límite de presentación, no podemos volver atrás y reprocesar las reclamaciones.

He leído completamente y comprendo las declaraciones anteriores y acepto las condiciones de la póliza.

Iniciales de mi Nombre y Apellido: _____

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

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 operaciones de atención médica, se puede considerar necesario divulgar mi información de atención 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: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Por qué viene hoy? _____

Síntomas: _____

CIRCULE CUALQUIER CONDICION MEDICA ANTERIOR / ACTUAL MENCIONADA A CONTINUACION

DOLOR DE CABEZA ENFERMEDAD VASCULAR SINUSITIS CRONICA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO SINDROME TUNEL DEL CARPIO ATAQUES, CONVULSIONES ENFERMEDADES DEL RIÑON ENFERMEDADES ULCERA PEPTICA ARTRITIS REUMATOIDE ANORMALIDAD DE LA MARCHAG ALCOLISMO NEURALGIA TRIGEMINAL DEPRESION/ANSIEDAD CANCER _____	MIGRANA PRESION ALTA DIABETES PAPERAS FIEBRE REUMATICA POLIO ENCEFALITIS TUBERCULOSIS HERNIA HIATAL PULMONIA ABUSO DE SUSTANCIAS DOLOR DE CUELLO ENFERMEDAD DE CROHN HEPATITIS	OSTEOPOROSIS EPILEPSIA SARAMPION FIEBRE ESCARLATINA ASMA LUPUS VIH / SIDA PSICOSIS PSORIASIS CULEBRILLA DOLOR DE ESPALDA BIPOLAR ANEMIA	INFECCIOONES DE VEGIJA GLAUCOMA HEMORROIDES BRONQUITIS ENFERMEDAD DE TIORIDE PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL TOS PERSISTENTE FIBROMIALGIA OBESIDAD ENFERMEDAD DEL CORAZON INFARTO ULCERA VARICELA OTRA:
--	---	---	---

¿Tiene Historia Quirúrgica?: **Si** ☐ **No** ☐ En caso afirmativo, favor enumere: _____

¿Tiene Alergia a Medicamentos? **Si** ☐ **No** ☐ En caso afirmativo, favor enumere: _____

Historia Familiar : **Adoptado** **No Antecedentes Familiares Conocidos** **Por favor enumere cualquier condición conocida de su familia:** _____

CIRCULE SUS RESPUESTAS POR FAVOR

USO DE ALCOHOL: NUNCA RARAMENTE MODERADO DIARIO
USO DE TABACO: NUNCA ANTERIORMENTE, PERO LO DEJE HACE _____ CAJETILLAS POR DIA ACTUALMENTE _____
USO OF DROGAS: SI O NO EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ENUMERE EL TIPO: _____

Nombre y Ubicación de su Farmacia: _____

¿Usted toma medicamentos? _____ En caso afirmativo, favor enumere: _____