

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (COMPLETO, LEGAL): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos cuatro de SSN #: _____

Médico de Referencia: _____ Médico de Familia: _____

Sexo: Hombre Mujer Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Idioma Preferido: _____ ¿Alguna vez ha sido un paciente en esta práctica antes? Si No

Nacionalidad: (seleccione uno): Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza: Afroamericano Indio Americano Asiático Blanco Hawaiano/Isla del Pacífico

Otro _____

Dirección de Domicilio: _____

Dirección Alternativa (si corresponde): _____

E-Mail: _____ Inicio: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono #: _____

Nombre del Empleador del Paciente: _____ Teléfono #: _____

NO TENGO SEGURO Y PLANO PAGAR POR LA VISITA DE HOY CON:

Efectivo Cheque MasterCard Visa Discover American Express

SE REQUIEREN LAS TARJETAS DE SU SEGURO, FOTO I.D. Y EL CO-PAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

¿Es usted el asegurado de su seguro principal?: Si No – Si no, complete la siguiente información:

Nombre de Asegurado: _____

¿Es usted el asegurado de su seguro secundario?: Si No – Si no, complete la siguiente información:

Nombre de Asegurado: _____

Mi firma abajo reconoce que entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que se me proporcionan, incluyendo el saldo restante después del pago de posibles beneficios del seguro. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico al médico que proporciona los servicios.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

**** Proporcione una breve explicación para la visita de hoy:** _____

Estado De Fumar: Fuma Nunca He Fumado Actualmente, paquetes por día _____

Ha Tenido: ¿Vacuna de Neumonía? No Si, cuando? _____ **Vacuna Contra la Gripe?** No Si, Cuando? _____

Revisión de sistemas: Marque la casilla correspondiente.

	Si	No		Si	No
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces Negro/Escueta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces con Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Riego o Descarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de Audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones con Facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón en Piernas / Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Articulaciones, Donde _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sientes los Pies Frios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de Aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormigueo en Piernas / Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento en Piernas / Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazon de Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Familiar: (Por favor seleccione todas las respuestas válidas)

	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Cáncer de Mama				
Cáncer de Ovarios				
Otro Tipo de Cáncer				
Enfermedad del Corazon				
Derrame Cerebral				
Hipertensión				
Diabetes				
Enfermedad Vasculat Aterosclerótica				
Aneurisma				
Otro (Por favor especifique)				

Sólo para la enfermera: BP _____ HR _____ Temp _____ RR _____ Sat _____ Ht _____ Wt _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Alergias: Ninguna **Alergia a Latex:** Si No

Alergia a Medicamentos ↓

Reacción ↓

Alergia a los Alimentos: No Si _____

Alergia al Adhesivo usado en las Curitas: No Si _____

Alergia a Algas o Marisco/Yodo: No Si _____

Medicamentos Actuales: Marque aquí si adjunta una lista de medicamentos

Farmacia Preferida: Nombre _____ Numero de Telefono: _____

¿Es una farmacia de correo? Si No

Medicamento	Dosificación	Veces Por Dia	Medico que Prescribe

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Historia Social: Directivas Avanzadas (Testamento Vital): Si No

Ocupación: _____ | Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Alcohol: No Si Bebidas por dia/semana: _____ Uso de Drogas o Adicción: No Si

Tipo de Droga(s): _____ Uso de Cafeína: No Si Con qué frecuencia? _____

Historial Médico: Sin historia médica | Marque todo lo que corresponda

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aneurisma Aortico Abdominal | <input type="checkbox"/> Hernia: _____ | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Estenosis de la Arteria Carótida | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Periférica | <input type="checkbox"/> Obstrucción Intestinal | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Venas Varicosas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Claudicación Intermitente | <input type="checkbox"/> Pólipos de Colon | <input type="checkbox"/> Dolor Crónico |
| <input type="checkbox"/> Latido del Corazón Irregular | <input type="checkbox"/> Hematuria | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Murmullo | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Venosa | <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño | <input type="checkbox"/> Defectos de Coagulación |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis/Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Thrombosis Venosa Profunda |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Esofágico | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Cancer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Historial Quirúrgico: No hay historia quirúrgica | Indique las cirugías y la fecha aproximada

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reparación del Aneurisma | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Esplenectomía |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Hernia: _____ | <input type="checkbox"/> Amígdalas/Adenoides |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Cadera Total []I []D |
| <input type="checkbox"/> AV Injerto/Fistula | <input type="checkbox"/> Eliminación de Riñón | <input type="checkbox"/> Rodilla Total []I []D |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cerebral | <input type="checkbox"/> Mastectomía []I []D | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de Mama | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de la Catarata | <input type="checkbox"/> Desfibrilador Implantado | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bypass Cardiac | <input type="checkbox"/> Cirugía de Próstata | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de la Vesícula | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Columna | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Catherization del Corazón | Vertebral (espalda/cuello) | |

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente: _____ SSN#: _____

Doy mi permiso a **Surgical Specialists of Southwest Florida, P.A.**, para revelar mi información médica protegida a la siguiente familia o amigos:

Nombre : _____ Relacion : _____

Nombre : _____ Relacion : _____

Nombre : _____ Relacion : _____

Solicito que toda mi información médica protegida sea revelada solo a "Mí" ya nadie más que mis otros proveedores de atención médica.

Podemos dejar un mensaje de voz en su contestador automatico sobre su atención médica? Sí No

Al firmar este formulario, está otorgando su consentimiento a Surgical Specialists of Southwest Florida para usar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de pago de tratamiento y operaciones de atención médica. Autorizo la divulgación de mi expediente médico a cualquier médico a quien me envíe. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de servicios para mí, incluyendo el saldo restante después del pago de posibles beneficios de seguro. Yo asigno los beneficios pagaderos por los servicios de los médicos al médico que proporciona los servicios.

Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información más detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información de salud protegida. Usted tiene el derecho legal de revisar nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento, y le recomendamos que lo lea en su totalidad. Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad está sujeta a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado llamando a nuestra oficina al (239) 936-8555. Usted tiene el derecho de solicitarnos que restrinjamos cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a conceder su solicitud. Sin embargo, si decidimos conceder su solicitud, estamos obligados por nuestro acuerdo. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hemos utilizado o revelado su información de salud protegida en dependencia de su consentimiento. Una copia de este formulario debe considerarse válida como original.

Utilizamos un sistema automatizado para recordarle su próxima cita. Al firmar esto, también nos da permiso para incluirlo en este sistema de llamadas automatizado. Si no desea que le recuerden las citas futuras, por favor, hágase saber a la recepcionista.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA DE SURGICAL ESPECIALIDAD OF SW FL

Como oficina de proveedor de la salud nosotros estamos cometido a proveer el mejor servicio médico posible. Como servicio de salud, estamos cometido a proveer un proceso financiero que permite a los pacientes entender con claridad su responsabilidad financiera. Nuestro servicio en la oficina está cometido a ayudar y explicar a nuestros pacientes con sus preguntas acerca los cargos financieros y también nuestro personal son expertos trabajando con las compañías de seguro médico, Medicare y la Indemnización laboral.

Identificación

- El paciente debe presentar una identificación valida
- El paciente debe presentar un seguro médico valido

Seguro medico

- **Co-pago**
 - Si el seguro médico require co-pago se colectara el día de la cita
- **Seguro/ deducible**
 - Seguro nuevo y la cantidad de deducible será facturado después del día de servicio
 - Esta cantidad solamente puede ser calculada después de la cita
- **Seguro medico no contratado**
 - Nuestra oficina no está contratada con todos los seguros medico
 - Los pacientes serán responsables en preguntar si nuestra oficina está contratada con su seguro medico
 - Nuestra oficina enviará un reclamo a su seguro médico. El balance tendrá que ser pagado por el paciente
- **Seguro secundario -Con mucho gusto facturaremos cualquier seguro secundario**
- **Medicare**
 - SSSWFL someterá reclamaciones a Medicare, es responsabilidad del paciente firmar el formato de ABN por servicio no cubierto por el seguro medico
 - SSSWFL someterá reclamación a Medicare como seguro secundario
- **Indemnización laboral**
 - Los pacientes son responsables de los cargos financieros por el servicio médico relacionado por Indemnización laboral
 - Los pacientes deben presentar la información de la indemnización laboral antes de su cita
- **Seguro de automóvil/ Seguro de responsabilidad civil de terceros**
 - Los pacientes son responsables de los cargos financieros por el servicio médico relacionado con el accidente de automóvil
 - Los pacientes deben presentar el seguro de automóvil, seguro de responsabilidad civil de terceros y/o información del abogado pedido por nosotros SSSWFL.
- **Paciente sin seguro**
 - Aceptamos pacientes sin seguro
 - Se colectará el costo antes de la cita

Estado de cuenta/ pagos

- **Estado de cuenta**
 - El estado de cuenta será enviado al paciente mensualmente y tendrá la información de su saldo
 - Después del seguro médico, el paciente es responsable de pagar su saldo
- **Método de pago**
 - Nosotros aceptamos tarjetas de crédito, cheques, giro postal y efectivo
 - El bajo interés de pago está disponible. El paciente tendrá que hablar con el servicio al cliente para obtener la información y ver cuáles son sus opciones
- **El cheque devuelto por su banco tendrá una cuota de \$35 que tendrá que ser pagada por el paciente.**
- **Se cobrará una tarifa de \$50 por todas las citas perdidas o por no presentarse** **Iniciales aqui**

Yo autorizo, a Surgical Specialists de SWFL, pagos de beneficios de reembolso bajo mi póliza de seguro médico. Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para determinar mis beneficios. Esta autorización tendrá validez hasta que se dé aviso por escrito por mi revocación de autorización. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos que no están cubiertos por mi póliza de seguro médico, así como los co-pagos o co-seguro.

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ePRESCRIBE

Programa ePrescribe

ePrescribing es una forma para que los médicos envíen una receta electrónica precisa, sin errores y comprensible desde la oficina del médico hasta la farmacia. El Programa ePrescribe también incluye:

- **Transacciones de formularios y beneficios** - Proporciona al proveedor de atención médica información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
- **Transacciones del historial de medicamentos** - Transacción del historial de medicamentos Proporciona al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite a los proveedores de atención de salud estar mejor informados sobre posibles problemas de medicación y usar esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Los datos del historial de medicamentos pueden indicar: el cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones entre fármacos y fármacos y alergias; Las reacciones adversas a medicamentos; y terapias duplicativas.

Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está de acuerdo en que su proveedor puede solicitar y utilizar el historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o proveedores de beneficios de farmacia de terceros con fines de tratamiento.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está de acuerdo en que su proveedor puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o Usted puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad para obtener atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. Su decisión de dar o denegar el consentimiento puede no ser la base para denegar los servicios de salud. Usted también tiene el derecho de recibir una copia de este formulario después de haber firmado los pagos de beneficios de farmacia de terceros para propósitos de tratamiento.

Este formulario de consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día que revoca su consentimiento. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, por lo tanto, doy mi consentimiento informado a Surgical Specialists of Southwest Florida, PA para inscribirme en este ePrescribe programa. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Imprimir el Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Relación con el Paciente