



Datos sobre el Paciente

Fecha De Hoy _____

_____ Fecha De Nacimiento _____

Apellido

Nombre

_____ Ciudad _____ estado _____ código postal _____

Dirección

Teléfono de su casa _____ Número de seguro social _____

Macho _____ Femenino _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Referido por: _____ primario _____ páginas amarilla _____ otro _____

Estado Civil (círculo) casado divorciado solo viuda

Información Del Seguro Principal

Nombre de la aseguradora _____ Número de identificación _____

Dirección _____ HMO _____ PPO _____ POS _____ Comercial _____

Número de grupo _____ copago _____ deducible _____ por ciento de cobertura _____

Relación con la garantía: _____ yo _____ cónyuge _____ niño _____ otro _____

Tomador del apellido _____ primer nombre _____ macho _____ femenino _____

Información De Seguro Secundaria

Nombre de la aseguradora _____ Número de identificación _____

Tomador del apellido _____ primer nombre _____ macho _____ femenino _____

Dirección _____ Ciudad _____ estado _____ código postal _____

Número de teléfono _____ Fecha De Nacimiento _____

Razón De La Visita

Consulta _____ Prueba _____ Hospital de seguimiento _____ Otro _____

Cita con el Dr. _____ Nombre del médico primario _____

Número Telefónico _____

Contacto De Emergencia

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO /
DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Consentimiento para el Tratamiento: El paciente y / o representante autorizado por este medio consentimiento a cualquier y todos los tratamientos médicos que se juzgue conveniente por el médico (s) de la Florida Cardiology PA.

Autorización para la Divulgación de Información Confidencial: Por la presente autorizo a Florida Cardiology PA para divulgar información médica contenida en el / los registros de mis del paciente a cualquier compañía Insurance, empleador u otro tercero intermediario utilizado por el paciente con el fin de obtener información y / o la revisión de el registro de la atención médica recibió por el paciente y para el pago de todos los gastos médicos. Las copias de los registros también se pueden enviar a los médicos referentes a la continuidad de la atención. Los registros médicos liberados pueden incluir la información de diagnóstico o terapéutico de visitas y / o procedimientos realizados en nuestra oficina. A menos que se inició por debajo de los registros no pueden incluir información confidencial en relación con:

- _____ Alcohol, Abuso de Sustancias
- _____ Salud Mental
- _____ VIH

De acuerdo con la Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA): Los pacientes con historial médico no puedan recibir a y la condición médica del paciente no se puede discutir con cualquier otra persona que no sea el paciente, el representante legal del paciente, o de otro tipo profesionales de la salud involucrados en el cuidado y tratamiento del paciente sin la autorización por escrito del paciente. El paciente puede en este momento autorizar a una persona a participar activamente en la información del paciente como se mencionó anteriormente:

(Copia de la identificación para la verificación necesaria, por favor, envíe licencia de conducir u otra identificación con foto y firma.)

_____ Nombre Impreso _____ Relación _____ Firma del Representante

MÉTODO DE PACIENTE DE INFORMACIÓN

La Regla de Privacidad HIPAA le da al individuo el derecho a solicitar las comunicaciones confidenciales hechas por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa del individual.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa _____
___ SE puede dejar el mensaje con información detallada
___ Deje un mensaje con el número de devolución de llamada sólo | <input type="checkbox"/> La Comunicación Escrita
___ SE puede enviar a domicilio
___ bien al correo a mi dirección de trabajo / oficina
___ se puede enviar por fax a este número
(____) _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo _____
___ SE puede dejar el mensaje con información detallada
___ Deje un mensaje con el número de devolución de llamada sólo | <input type="checkbox"/> Otro _____

_____ |

Firma del Paciente

Fecha

Imprimir Nombre

Fecha de nacimiento

Política Financiera

En cumplimiento de la Ley Federal de Protección al Consumidor, Florida Cardiology PA le esta facilitando información relacionada con sus responsabilidades financieras.

¡Bienvenido! Nos complace que haya elegido Florida Cardiology PA para sus necesidades de salud especiales. Nos gustaría que usted se familiarice con la forma en que se facturan los servicios, que de seguro afirma que presentemos en su nombre, cuando se solicita el pago de usted y de nuestras políticas de crédito. Creemos que el mejor servicio es posible cuando existe un entendimiento mutuo entre usted y el médico. Le pedimos que se tome el tiempo de leer nuestra política para que podamos evitar cualquier malentendido. Si usted tiene alguna pregunta con nuestro departamento de facturación estará encantado de hablar con usted.

SEGURO

Florida Cardiología participa en muchos de los planes PPO y HMO, así como productos de seguros comerciales y de Medicare / Medicaid. Todos los co-pagos son debidos en el momento en que son prestados.

Si usted tiene un plan de indemnización (80/20) y su deducible vamos a presentar para usted.

****Por favor, dirija sus preguntas a un representante de facturación.**

NOTA: A pesar de que podemos participar en su programa de seguros, algunos cargos siempre son su responsabilidad. Su compañía de seguros puede requerir autorización previa para las visitas al consultorio y / o procedimiento. Entiendo que si la autorización correspondiente no se logra de mi PCP (médico de cabecera) voy a ser responsable de los gastos incurridos. Siempre tiene la responsabilidad de entender la cobertura de su programa de seguros ofrece y su proceso de autorización de referencia.

Le proveerá el estado de cuenta mensual de su cuenta muestra el monto facturado a usted y cualquier pago recibido en su cuenta. Esta facturación mensual también le proporcionará con un envejecimiento detallada de cómo balances largos han sido sobresalientes.

Los pagos pueden hacerse en efectivo o con cheque formar un banco local. También aceptamos Master Card, Visa y American Express.

En caso de necesidad, podemos estar de acuerdo para establecer un calendario de pagos para los pacientes saldos adeudados. Todos los planes de pago están dispuestos en una base de caso por caso. Por favor, hable con un gerente o representante de facturación si los acuerdos de pago son necesarios.

POLÍTICA DE COLECCIÓN

Los pagos de los servicios que han sido facturados a que se deben en su totalidad dentro de los 30 días de haber recibido su estado de cuenta. Si usted no puede pagar dentro de un plazo razonable de tiempo o cooperar con los términos de un acuerdo al calendario de pagos a su cuenta puede ser entregado a una agencia externa para su resolución.

NO CUOTA MOSTRAR

A partir 16 de junio 2006 habrá una cuota de \$ 25.00 evaluados para no mostrar las citas. Los no arribos tienen citas que no sean canceladas con una antelación de 24 horas. Con la debida notificación somos capaces de programar otros pacientes en un intervalo de tiempo vacío y reducir también los tiempos de espera, al no tener que trabajar en los pacientes emergentes.

Trabajo en los pacientes son pacientes que necesitan ser visto dentro de las 24 horas, debido a sus síntomas. Esta es una razón por la que no podemos garantizar que se le sseen a su tiempo señalado. Aunque hacemos todo lo posible para ver a nuestros pacientes dentro de los 30 minutos de la hora de la cita programada, hay ocasiones en que esto no es posible debido a los trabajos en los pacientes, urgencias hospitalarias, los pacientes programados con complica casos, etc. Por favor, que nos ayuden en nuestro esfuerzo de mantener, suavizar un flujo de pacientes como sea posible mediante la cancelación de citas con 24 horas de antelación.

Asigno el pago directamente a la Florida Cardiology PA los beneficios del seguro de otro modo pagadero a mí. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por esta asignación. Yo le apoyará en la colección de mi seguro en caso de haber un retraso en el pago. Estoy de acuerdo a que prosiga activamente de percibir el pago de seguros por reclamaciones pendientes de pago después de treinta (30) días. Si después de cuarenta y cinco (45) días de la solicitud sigue pendiente de pago, entiendo el saldo será debidamente comunicada mí.

Entiendo que soy financieramente responsable de mi / cuenta del paciente con Florida Cardiology PA independientemente de mis beneficios del seguro.

Yo autorizo una copia de este ser válida como el original.

Firma del Paciente

Fecha

Historia Inicial y Física

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Razón de la visita _____

Nombre del médico primario _____

Historial Médico: una lista de sus enfermedades / lesiones pasadas y la fecha que ocurrieron-

Lesiones / Enfermedad	Fecha	Lesiones / Enfermedad	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia Social: Por favor (x) todas las que apliquen a usted personalmente

casado soltero/a viuda/o divorciado/a Lista de su ocupación _____

Es usted un fumador? Si No En caso afirmativo, cuántos días? _____

Si usted ha fumado alguna vez, cuando dejó de fumar _____

Bebe usted alcohol? Si No En caso afirmativo, cuánto? _____

Qué / ha usado alguna vez drogas ilícitas? Si No

En caso afirmativo, cuáles? _____

¿Alguno de los miembros de su familia tienen alguna de las siguientes enfermedades? Por favor marque (X) todo lo que corresponda:

diabetes enfermedad del corazón ataque del corazón

alta presión infarto cerebral colesterol alto

Una lista de cualquier alergia a medicamentos que tiene y su reacción a ellos: _____

Anote todos los medicamentos que está tomando, tanto recetados y no recetados con la dosis y la frecuencia con?

Marque (X) todas las que apliquen a usted personalmente, por favor:

Constitucional : pérdida de peso fatiga fiebre

Respiratorio: tos tos con sangre sibilancias

Oído, Nariz y

Garganta: dificultad zumbido en los oídos vértigo / mareos problemas de sinusitis

Gastrointestinal: acidez náuseas / vómitos estreñimiento diarrea
 cambios en el movimiento tazón heces negras o alquitranadas
 sangre en las heces ictericia dolor abdominal

Circulatorio: dolor en las piernas al caminar úlceras en los pies

Genitourinario: dolor al orinar ardor al orinar frecuencia urinaria dificultad para orinar
 frecuencia urinaria durante la noche
Sólo para mujeres: períodos anormales

Hematológica /

ILinfático: moretones con facilidad glándula agrandada sangrado de las encías
 sangrado que no se cura o detener rápidamente

Musculoesquelético: el dolor y la inflamación en las articulaciones rigidez en las articulaciones
 dolor muscular dolor de espalda dolor de cuello

Piel: erupciones o llagas lesiones picazón / ardor en la piel

Neurológico: convulsiones debilidad / parálisis entumecimiento temblores
 pérdida de la memoria

Endocrino: pérdida de cabello calor o intolerancia al frío
 uñas quebradizas o se rompen fácilmente

Alérgicas /

Inmunológicas: fiebre de heno asma urticaria / eczema

Piquiátrico: ansiedad depresión cambios de humor insomnio



Notificación de Acuse de Recibo de Privacidad

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información protegida de salud. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este formulario. Tal como se establece en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada de escribir práctica o solicitar una copia de nuestro personal de recepción.

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos la información de salud protegida sobre la forma en que se usen o produzcan en el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para operaciones de tratamiento, pago o atención médica como se describe en el aviso. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto si ya hemos hecho lanzamientos en dependencia de su consentimiento previo.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Testigo _____