

Registro del paciente

POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA

INFORMACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Correo electrónico: _____

Requerido por mandato del gobierno (aunque puede negarse)

Idioma: _____ Raza: _____

Etnicidad: _____ Estado Civil: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono móvil: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LABORATORIO

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan de seguro: _____

Identificación de miembro# _____

Información del suscriptor (si no es paciente)

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan de seguro: _____

Identificación de miembro# _____

Información del suscriptor (si no es paciente)

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del paciente o padre, tutor,
Representante Legalmente Autorizado

Fecha

Reconocimiento y Autorización de Información Médica

Este aviso describe cómo se puede divulgar su información médica. Por favor revísela cuidadosamente.

LifeChoices Family Medical utilizará su información médica para los siguientes propósitos:

1. **Tratamiento:** Incluyendo proporcionar sus registros médicos a médicos consultores y compañías de seguros.
2. **Pago:** Presentaremos las reclamaciones necesarias a las compañías de seguros a su nombre para obtener el pago. Pueden solicitar parte o la totalidad de su historial médico para pagar su reclamo.
3. **Operaciones de atención médica:** cualquier otra persona involucrada en su atención médica.

**** Inicialice cada sección, firme y coloque la fecha en la parte inferior. ****

_____ El Aviso de Política de Privacidad está disponible en nuestra página web: www.LifeChoicesMedical.com, en la recepción y en la sala de espera de la clínica para mi lectura. Reconozco el Aviso de Políticas de Privacidad.

_____ Por medio de la presente asigno los beneficios de mi seguro para que se paguen directamente a LifeChoices Family Medical.

_____ Autorizo a LifeChoices Family Medical a divulgar la información médica requerida para procesar mi reclamo.

_____ He leído y entiendo la política financiera de LifeChoices Family Medical.

_____ **Autorizo a LifeChoices Family Medical a hablar con la persona mencionada a continuación sobre mi salud y/o aspectos de facturación. (Por favor seleccione el nivel autorización)**

NIVEL DE ACCESO DE PORTAL & MENSAJES

ACCESO COMPLETO

SOLO FACTURACION

Nombre

Relación

Número de teléfono

_____ Autorizo a LifeChoices Family Medical a obtener / tener acceso a mi historial médico.

_____ Autorizo a LifeChoices Family Medical a comunicarse conmigo por teléfono móvil y por cualquier otro medio que haya indicado en mi formulario de admisión.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

LifeChoices Family Medical

info@lifechoicesmedical.com

FAX: 844-971-6901

Política financiera

Pacientes que pagan por cuenta propia

A los pacientes que paguen por cuenta propia se les cobrará \$50.00 al momento de programar una cita. El depósito se aplicará a la visita real o como una tarifa por no presentarse si la cita no se cancela a tiempo.

Pacientes asegurados

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad asegurarse de que su plan nos acepte. Si no se divulgan todas las pólizas de seguro de salud activas, se denegarán las reclamaciones y se asumirá la responsabilidad del paciente. Como un servicio para usted, presentaremos su reclamo de seguro, si asigna los beneficios a nuestra práctica.

- a. En el momento del servicio, **requerimos que se registre una tarjeta de crédito para cubrir los cargos no pagados por el seguro.** Si elige no tener una tarjeta de crédito registrada, le cobraremos nuestras tarifas de pago por cuenta propia y deberá presentar el recibo a su compañía de seguros.
- b. **Si debe pagar un copago, debe pagarlo en el momento del servicio.** Si corresponde, el coseguro/deducible se cargará a su tarjeta de crédito registrada después de que se procesen las reclamaciones de seguro. En algunos casos, sabremos de antemano cuánto cobrarle por los servicios.
- c. No todos los planes de seguro cubren todos los servicios. **En caso de que su plan de seguro determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo.**
- d. **Visitas Combinadas:** si su cita fue hecha como una cita preventiva o de rutina, y durante la misma problemas de salud son discutidos, su compañía de seguro puede considerar esta cita como dos citas separadas y asignar copagos y otros cargos a la misma.
- e. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de los 90 días, esperamos que usted nos pague. La transferencia del costo se cargará en su tarjeta de crédito/débito después de 90 días. Si luego recibimos un cheque de su aseguradora, le reembolsaremos cualquier sobrepago.

Usted será responsable de los costos asociados con cualquier remisión a servicios médicos externos. La práctica se reserva el derecho de cobrarle por cualquier cobro o honorarios de abogados por deudas no pagadas.

NO SHOWS --La práctica se reserva el derecho de cobrarle \$50.00 por las citas no canceladas con 24 horas hábiles de anticipación. Deberá cancelar por teléfono (813) 948-7734 y no por correo electrónico, mensaje de texto o el portal del paciente. Una cita del lunes tendría que cancelarse el viernes anterior. Los nuevos pacientes que no se presenten no serán reprogramados.

CARGO POR RETRASO: si llega 10 minutos o más tarde a su cita, por respeto a los demás pacientes que siguen a su cita, LifeChoices se reserva el derecho de reprogramar su cita para un momento posterior y se aplicará un cargo de \$25.00.

TARIFA DE SERVICIO POR DOCUMENTOS: se le cobrará una tarifa de servicio de \$ 25.00 por completar el papeleo, como FMLA, discapacidad y similares.

Las tarifas se le facturarán directamente a usted y no están cubiertas por el seguro.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.

Firma del Paciente (o Parte Responsable)

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección /Ciudad/ ST/Código postal: _____

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de información médica protegida (por ejemplo, registros médicos)

Pedir Historial Médico DE:

NOMBRE DEL MÉDICO/ ORGANIZACIÓN: _____

FAX: _____

TELÉFONO: _____

Envíe Historial Médico A:

LIFECHOICES FAMILY MEDICAL

FAX: 844.971.6901

18560 NORTH DALE MABRY HWY

TELÉFONO: 813.948.7734

LUTZ, FL 33548

Seleccione el tipo de información que se utilizará o divulgará (incluya las fechas cuando corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Historial y físico más recientes | |
| <input type="checkbox"/> Lista de problemas | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Lista de alergias | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X e imágenes | |

Además, autorizo la divulgación de la siguiente información que puede incluirse en mis registros médicos

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de alcohol / sustancias | <input type="checkbox"/> Información de salud mental (excluyendo psicoterapia) |
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con STD / VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> No divulgue información sobre abuso de alcohol / sustancias, salud mental, ETS, VIH / SIDA o información genética | |

Esta autorización será válida por un (1) año a menos que se indique un período de tiempo más corto a continuación.

Período de la fecha de vencimiento: _____

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades notificables, SIDA / VIH. También puede incluir servicios de salud psiquiátrica o mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. Al no seleccionar ninguna de estas opciones anteriores, entiendo que no se divulgarán las enfermedades de transmisión sexual, la salud mental y el abuso de drogas. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento comunicándose con LifeChoices Family Medical. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización. Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad. Entiendo que hay un cargo por obtener registros médicos y acepto pagar dichos cargos. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi PHI, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de LifeChoices Family Medical al 813.948.7734.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Firma de: Paciente Tutor legal Poder

Consentimiento Para El Tratamiento Medico De Adultos

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el siguiente tratamiento:

administración y realización de todos los tratamientos, administración de los anestésicos necesarios, realización de los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables en el tratamiento de este paciente, uso de medicamentos prescritos, realización de procedimientos/pruebas de diagnóstico y cultivos y realización de otros procedimientos médicamente aceptados pruebas de laboratorio que pueden considerarse médicamente necesarias o aconsejables según el criterio del médico tratante o sus designados.

Entiendo completamente que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.

Tengo la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocado por escrito.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer y obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad de LifeChoices Family Medical (una copia laminada se muestra en la sala de espera y solicito una copia impresa al miembro del personal de recepción). Entiendo que si tengo preguntas o quejas debo comunicarme con el Oficial de Privacidad.

Al firmar este consentimiento, autorizo a LifeChoices Family Medical a usar y divulgar mi información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Nombre del paciente	Firma del paciente o padre, tutor, Representante Legalmente Autorizado	Fecha
---------------------	---	-------

CONSENTIMIENTO FEMENINO PARA EL EXAMEN PÉLVICO según lo dispuesto por el Estatuto 456.51 de FL: Un examen pélvico es un examen de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o el tejido u órganos pélvicos externos. Este procedimiento se usa para diagnosticar y/o tratar condiciones que involucran la pelvis. Se puede realizar utilizando cualquier combinación de modalidades, que pueden incluir la mano enguantada o la instrumentación del proveedor de atención médica. A los efectos de este consentimiento, se incluye la ecografía vaginal.

Al firmar este consentimiento, autorizo e instruyo a LifeChoices Family Medical y a todos sus proveedores médicos y estudiantes de medicina que realizarán el examen a realizar un examen pélvico, incluida una ecografía vaginal, como se describe anteriormente.

Nombre del paciente	Firma del paciente o padre, tutor, Representante Legalmente Autorizado	Fecha
---------------------	---	-------

PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo a divulgar información médica sobre mí a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para mis reclamos de Medicare. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios a LifeChoices Family Medical.

Nombre del paciente	Firma del paciente o padre, tutor, Representante Legalmente Autorizado	Fecha
---------------------	---	-------

Consentimiento Para Atención Pediátrica

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Por medio de la presente autorizo a LifeChoices Family Medical a examinar y tratar al menor mencionado. La autorización permanecerá vigente hasta que el niño alcance la mayoría de edad (18) o hasta que el padre/tutor legal la revoque.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Persona(s) mayores de 18 años que autorizo a acompañar a mi hijo(a):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Autorizo a LifeChoices Family Medical a dar cuidado médico a mi hijo(a). Doy consentimiento a prestar cualquier cuidado y tratamiento médico para la salud y bienestar de mi hijo(a). Esta autorización se mantendrá en vigencia hasta que sea revocada por medio de una notificación escrita.

CONSENTIMIENTO PARA QUE UN MENOR DE 16-18 AÑOS SEA TRATADO SIN MI PRESENCIA

Si es aplicable, autorizo a mi(s) hijo(s)/hija(s) quien(es) tiene(n) entre 16 a 18 años a que sea(n) dados servicios médicos sin mi presencia. (Haga un círculo) YES NO doy permiso

INSPECCIÓN Y PALPACIÓN DE LOS GENITALES EXTERNOS DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 456.51 DE LOS ESTATUTOS DE LA FLORIDA

La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que todos los niños y adolescentes tengan una visita de chequeo anual en la que se realicen exámenes de detección y un examen físico completo. Un componente de un examen físico completo es la inspección y palpación de los genitales externos para asegurar un desarrollo normal apropiado para la edad y para documentar que no hay anomalías. Le informaremos verbalmente a usted o al paciente antes de realizar esta parte del examen, ya que sabemos que existe sensibilidad, pero debemos asegurarnos de que cada paciente haya sido evaluado adecuadamente. Además, si un niño o adolescente presenta quejas que podrían atribuirse al área genital o al recto, es posible que debamos examinar los genitales y/o completar un examen rectal para garantizar un diagnóstico preciso. Florida aprobó una nueva ley que requiere que cualquier profesional de la salud que examine o trate la región pélvica de un paciente deberá obtener un consentimiento por escrito.

Aunque no realizamos exámenes de los ovarios, el útero y las trompas de Falopio en nuestras oficinas, dada la amplia definición de "examen pélvico" (1) en la legislación aprobada de Florida, con mucha precaución, elegimos obtener el consentimiento de cada paciente o su representante legalmente autorizado para el examen de los genitales externos. Este consentimiento se aplica independientemente del género.

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN DE GENITALES EXTERNOS

Al firmar a continuación, el paciente (o el representante legal del paciente) reconoce que se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el examen de los genitales externos antes de firmar este Consentimiento y que el paciente (o el representante legal del paciente) ha aceptado voluntariamente al examen de los genitales externos por un profesional de la salud. Si el paciente no tiene la capacidad para firmar este Consentimiento Informado, este formulario será firmado por la persona autorizada para dar el consentimiento por el paciente.

Según la ley de Florida, antes de realizar un examen pélvico, se debe obtener el consentimiento. Si bien no realizamos exámenes pélvicos internos en nuestra oficina, los siguientes componentes están incluidos en la ley de Florida y se pueden realizar en este examen o evaluación:

- Examen de los genitales externos, incluidos el pene, el escroto, la vagina y/o los labios • Examen del área perineal o el área perianal o el recto
- Administración de un supositorio u otro medicamento administrado por vía rectal
- Toma de temperatura rectal en un bebé
- Evaluación y reducción de adherencias labiales o adherencias del prepucio del pene
- Colocación de un Catéter Urinario
- Recolección de muestras rectales o vaginales mediante hisopo para análisis de laboratorio

Los **RIESGOS** del examen incluyen (pero no se limitan a): malestar o infección.

(1) Estatutos de Florida §456.1 (Consentimiento para exámenes pélvicos) define ampliamente el examen pélvico para incluir todo lo siguiente: examen de la vagina, recto O tejido pélvico externo U órganos utilizando cualquier combinación de modalidades que muchas incluyen la mano enguantada del profesional de la salud O instrumentación .

Los **RIESGOS** asociados con negarse a someterse a los elementos de examen anteriores incluyen: la incapacidad de obtener un diagnóstico y/o retraso en el diagnóstico de una condición médica; la incapacidad del proveedor de atención médica de tener la información precisa y completa necesaria para tratar adecuadamente al paciente; y potencial de infección para situaciones en las que el proveedor no puede tomar la temperatura rectal.

Las **ALTERNATIVAS RAZONABLES** incluyen la negativa a la evaluación de la intervención. En tal caso, la toma de decisiones compartida entre el paciente y su proveedor es vital para garantizar la salud y el bienestar.

Los **BENEFICIOS** incluyen la capacidad de obtener un diagnóstico de una afección médica y la capacidad del proveedor de atención médica de tener la información precisa y completa necesaria para tratar adecuadamente al paciente.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE FOTOS DE UN MENOR

Autorización a LifeChoices Family Medical para publicar en formato impreso, electrónico o de video la apariencia de mi(s) hijo(s). Libero todos los reclamos contra la práctica con respecto a la propiedad de los derechos de autor y la publicación, incluido cualquier reclamo de compensación relacionado con el uso de los materiales.

(Haga un círculo)

YES

NO doy permiso

Reconozco que este consentimiento fue dado libre y voluntariamente. Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entiendo completamente y doy mi consentimiento para que LifeChoices Family Medical realice un examen pélvico. También reconozco que entiendo la información en este formulario, incluido el propósito, los riesgos y los beneficios del examen pélvico, y que mis preguntas han sido respondidas. Doy mi consentimiento para el tratamiento de un menor y he marcado con un círculo si doy mi consentimiento para la divulgación de una foto de mi(s) hijo(s). Reconozco que este consentimiento fue dado libre y voluntariamente.

Nombre del paciente

Firma del padre, tutor,
Representante legalmente autorizado, Menor
o Paciente mayor de 18 años

Fecha

LifeChoices Family Medical

info@LifeChoicesMedical.com

FAX: 844-971-6901