



## Formulario de Registro del Paciente

### Información del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido, Primero, M.I.): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Sexo (Circulé Uno): Hombre /Mujer

Raza (Círculo Uno): Asiático / Africano / Indio Americano / Hawaiano/ Islas del Pacífico / Blanco

Etnicidad: Hispano / No Hispano      Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Aptó. / Unida: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

(Círculo Uno): Plan de seguro/Hospital/Miembro familiar/Amigo/Páginas amarillas/Médico/Otro

Si lo remite un médico, especifique qué médico: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, por favor póngase en contacto con: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Médico Anterior de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Farmacia

Preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono de Farmacia: \_\_\_\_\_

### Información Del Seguro

(Por favor entregue sus tarjetas de seguro y de identificación a la recepcionista)

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

*La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.*

Firma del Paciente / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



## Historial Médico

### Enfermedades Infantiles:

Enfermedades Grave Actual:

Presión Alta      Si No      Número de Años: \_\_\_\_\_      Medicación Actual: \_\_\_\_\_

Diabetes          Si No      Número de Años: \_\_\_\_\_      Medicación Actual: \_\_\_\_\_

Colesterol Alto   Si No      Número de Años: \_\_\_\_\_      Medicación Actual: \_\_\_\_\_

Asma              Si No      Número de Años: \_\_\_\_\_      Medicación Actual: \_\_\_\_\_

Cáncer            Si No      Número de Años: \_\_\_\_\_      Tipo: \_\_\_\_\_

Otras Condiciones Médicas \_\_\_\_\_

### Historia Mental

Enfermedad Mental:

Bipolar          SI  NO       Número de Años: \_\_\_\_\_      Medicación Actual: \_\_\_\_\_

ADD/ADHD      SI  NO       Número de Años: \_\_\_\_\_      Medicación Actual: \_\_\_\_\_

Ansiedad        SI  NO       Número de Años: \_\_\_\_\_      Medicación Actual: \_\_\_\_\_

Depresión       SI  NO       Número de Años: \_\_\_\_\_      Medicación Actual: \_\_\_\_\_

Otras Condiciones Médicas \_\_\_\_\_

### Medicamentos Actuales

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historia Preventiva

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Último examen de la vista: \_\_\_\_\_

Última mamografía: \_\_\_\_\_ Última densidad ósea: \_\_\_\_\_

Última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Última colonoscopia/ Egd: \_\_\_\_\_

### HOSPITALIZACIÓN PREVIA (S)

Hospital \_\_\_\_\_ Fecha (Mes / Año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Fecha (Mes / Año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

### Historia Pasada De La Cirugía

Procedimiento \_\_\_\_\_ Fecha (Mes / Año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Procedimiento \_\_\_\_\_ Fecha (Mes / Año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Historia de la transfusión de sangre Sí No

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Historial Médico (Cont.)

### Historia Ginecológica Y Obstétrica (Sólo Mujeres)

Edad a las primeras menstruaciones: \_\_\_\_\_ Último Período \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número de Embarazos: \_\_\_\_\_  Entrega Vaginal: \_\_\_\_\_  Cesárea Entrega: \_\_\_\_\_

Aborto Involuntario (s): \_\_\_\_\_ Aborto (s): \_\_\_\_\_

### Alergias

Alergias a Drogas  Sí  No Qué Drogas \_\_\_\_\_

Alergias alimentarias  Sí  No qué alimentos \_\_\_\_\_

### Historia Social

Historia Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a

Ocupación: \_\_\_\_\_ Retirados  Si  No

Religión: \_\_\_\_\_

### Hábitos:

Fumar cigarrillos Actualmente  Sí  No Número de cigarrillos por día: \_\_\_\_\_

Anteriormente  Sí  No Número de cigarrillos por día: \_\_\_\_\_

Número total de años de fumar: \_\_\_\_\_

Otras Formas de Uso Del Tabaco: Cigarro: S/N Pipa: S / N Tabaco de Mascar: S / N

Uso De Drogas:  Ninguna  Mariguana  Crack / Cocaína  Otro: \_\_\_\_\_

Uso De Alcohol: Actualmente  Si  No Cantidad De Bebidas Por Semana: \_\_\_\_\_

Anteriormente  Si  No Cantidad De Bebidas Por Semana: \_\_\_\_\_

Número total de años bebiendo: \_\_\_\_\_

Ejercicio:  Regularmente  Cada Cuando  Casi Nunca  Nunca

### Historia Sexual

Sexualmente Activo/a  Si  No Anticonceptivos:  Condones  Píldoras anticonceptiva

Historial de Enfermedades de Transmisión Sexual:  Si  No, Qué enfermedad de transmisión sexual: \_\_\_\_\_

### Historia Familiar

Miembro de la Familia	Enfermedades	Vivo	Fallecido
Madre			
Padre			
Hermano (s)			
Hermana (s)			

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



**Consentimiento Para El Tratamiento, Diagnóstico Y/O Procedimientos Terapéuticos**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por la presente consiento y autorizo a un médico del Amicus Medical Center ya cualquier otro Profesional de la Salud designado para realizar un examen físico y procedimientos de diagnóstico de rutina sobre mí. Por la presente autorizo a Amicus Medical Centers a utilizar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Yo también consiento y autorizo a Amicus Medical Center a prescribir un régimen terapéutico que seguiré.

A menos que me niegue explícitamente, consiento que los procedimientos de diagnóstico ordenados por el médico del Amicus Medical Center se puedan realizar a pesar de los riesgos involucrados y las complicaciones que pudieran estar involucradas, las cuales me fueron explicadas en el momento en que fueron ordenadas.

**Firma:** \_\_\_\_\_  
Paciente o persona autorizada a dar consentimiento para el paciente

**Nombre Impreso:** \_\_\_\_\_

**Fecha/Hora:** \_\_\_\_\_

**Testigos:** \_\_\_\_\_



## Autorización para Cobrar Seguro de Salud / Asignación de Beneficios

Yo \_\_\_\_\_ (imprime tu nombre) por la presente doy permiso completo y autorizo a **Amicus Medical Centers -Corporate Billing Center**, a facturar \_\_\_\_\_ (nombre de la compañía de seguros) por servicios prestados por **Amicus Medical Centers**. También acepto que cualquier cheque o pago hecho por dicha compañía de seguros sea pagadero y entregable a:

**Amicus Medical Centers, LLC – Corporate Billing Center**

1300 Concord Terrace

Suite 210

Sunrise, FL 33323

Al firmar este documento, también acepto las siguientes declaraciones:

Entiendo que soy responsable de entender la información sobre mi póliza de seguro de salud y proporcionar dicha información a **Amicus Medical Centers**, para la facturación correcta. También soy responsable de notificar a **Amicus Medical Centers** en caso de cambio de mi estado de seguro de salud -beneficios inclusivos y cualquier información que reciba relacionada con la atención que tengo o voy a recibir en esta oficina.

Entiendo que **Amicus Medical Centers** proporcionará servicios y facturará mi seguro médico para esos servicios en varias ocasiones durante el curso de mi atención en esta oficina. Entiendo que, en última instancia, soy responsable de todos los pagos relacionados con todos y cada uno de los cargos relacionados con el tratamiento y los servicios que he recibido en **Amicus Medical Centers** durante mi atención. También entiendo que mi compañía de seguros y el plan de póliza relacionado pueden ofrecer beneficios por los servicios proporcionados en **Amicus Medical Centers** pero que tales beneficios no garantizan necesariamente el pago de esos servicios.

Entiendo que la política de **Amicus Medical Centers** exige el pago completo de todos los servicios prestados en el momento de la visita, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. Si mi cuenta no se paga dentro de los 90 días de la fecha de servicio y no se han hecho otros arreglos financieros, seré responsable de todos los honorarios legales, honorarios de agencia de cobranza y cualquier otro gasto incurrido en la recolección de mi cuenta. Entiendo la información anterior y estoy de acuerdo en que mi historial de salud y la información relacionada se completaron correctamente según mi mejor conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad avisar a **Amicus Medical Centers** de cualquier cambio en mi estado médico o cobertura de seguro.

*El abajo se comprometerán a respetar y acatar todas las declaraciones hechas anteriormente.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## E-Prescripción Formulario de Consentimiento PBM

E-prescripción se define como la habilidad de un médico para enviar electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente recetas es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente.

Los datos de beneficios se mantienen para los proveedores de seguro de salud por organizaciones conocidas como Administradores de Beneficios de Farmacia (PBM). Los PBM son administradores de terceros de programas de medicamentos recetados cuyas principales responsabilidades son procesar y pagar reclamos de medicamentos recetados. También desarrollan y mantienen formularios, que son listas de medicamentos dispensables cubiertos por un plan de beneficios de medicamentos en particular.

La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un programa de e-prescribir.

Esto Incluye:

- Transacciones de formularios y beneficios -Le da a la prescriptora información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones en el historial de medicamentos: Proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando, recetados por cualquier proveedor, para minimizar el número de eventos adversos a medicamentos.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está de acuerdo en que los **Amicus Medical Centers** pueden solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o pagadores de beneficios de farmacia de terceros con fines de tratamiento.

**Firmado:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

**Si es firmado por el Representante,**

**Nombre del Representante:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## Reconocimiento de Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente reconozco que he recibido la **Notificación de Prácticas de Privacidad de Amicus Medical Center**. Reconozco que tuve la oportunidad de revisar y hacer preguntas relacionadas con la **Notificación de Prácticas de Privacidad de Amicus Medical Center**.

### HIPPA Patient Information Consent

La(s) siguiente(s) persona(s) pueden recibir y discutir mi información de salud protegida y/o recoger medicamentos/prescripciones, resultados y informes de **Amicus Medical Centers** en mi nombre.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Paciente or Representante del Paciente

Firmado: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Si es firmado por el Representante,

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Doncella

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente / Representante Personal Nombre De La Institución Calle Ciudad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**para divulgar mi información médica indicada a continuación a la siguiente parte: (Inicial Uno)**

- YO MISMO(A)
- INSTITUCIÓN/OTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono Fax

- Recogeré copias de mis registros, proporcione mis registros en \_\_\_\_\_ Forma De Papel
- Enviar copias de mis registros a la persona mencionada anteriormente por correo postal de EE. UU. Proporcione mis registros en \_\_\_\_\_ Forma De Papel

**A fin de:** \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de información que cubra las fechas de tratamiento de: \_\_\_\_\_

El tipo y la cantidad de información a revelar es la siguiente: **(incluya fechas cuando corresponde):**

Ponga sus **iniciales** en la **clasificación** apropiada de la información cuando corresponda:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Información &amp; Registros De Tratamiento por Drogas Y Alcohol</b> | <input type="checkbox"/> <b>Información y / o Registros de Salud Mental</b> | <input type="checkbox"/> <b>Información y / o registros de VIH / SIDA</b> | <input type="checkbox"/> <b>Información y / o Registros Genéticos</b> |
|---|---|---|---|

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historial Médico Completo, Excepto: _____<br><input type="checkbox"/> Historia y Física<br><input type="checkbox"/> Consultas<br><input type="checkbox"/> Resumen De Alta<br><input type="checkbox"/> Lista De Problema<br><input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Informe De Patología<br><input type="checkbox"/> Informes De Radiología: (Fecha) De _____ (Fecha) A _____<br><input type="checkbox"/> Informes De Laboratorio: (Fecha) De _____ (Fecha) A _____<br><input type="checkbox"/> Notas De Progreso<br><input type="checkbox"/> Otro, Describe: _____ |
|--|--|

- Entiendo que, de acuerdo con la ley de Florida, las clasificaciones de los registros marcados anteriormente en relación con el tratamiento brindado a mí son privilegiados y confidenciales y no pueden ser entregados a mí ni a aquellos designados por mí o mi tutor legal sin un consentimiento expreso e informado. Además, entiendo que esos registros no se divulgarán a personas y agencias que no sean las designadas por mí o mi representante personal o según lo dispuesto en la ley de Florida.
- Entiendo que tengo derecho a retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas de conformidad con esta autorización. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Información de Salud y / o proporcionar una fecha de vencimiento al Departamento de Información de Salud. **Fecha De Caducidad** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria, puedo negarme a firmar y las instalaciones de Amicus Medical Center no basarán mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios en si proporciono o no autorización para el uso o divulgación solicitados. Entiendo que al destinatario se le puede prohibir divulgar información sobre abuso de sustancias. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524 (con un cargo razonable).
- Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario de la información y ya no está protegida por las leyes federales de confidencialidad o por Amicus Medical Center.
- Entiendo que Amicus Medical Center divulgará solo la cantidad mínima de información necesaria para cumplir con una solicitud.

**A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá doce meses después de la fecha de la firma que se indica a continuación.**

Nombre Del Paciente / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma Del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_