



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 Centers ya cualquier otro Profesional de la Salud designado para realizar un examen físico y procedimientos de diagnóstico de rutina sobre mí.

Yo también consiento y autorizo a Amicus Medical Centers 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 Centers 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 Representante Autorizado del Paciente

Nombre Impreso: _____

Fecha/Hora: _____

Testigo: _____



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:

Información & Registros De Tratamiento por Drogas Y Alcohol
 Información y / o Registros de Salud Mental
 Información y / o registros de VIH / SIDA
 Información y / o Registros Genéticos

- Historial Médico Completo, Excepto: _____
- Historia y Física
- Consultas
- Resumen De Alta
- Lista De Problema
- Informe Operativo
- Informe De Patología
- Informes De Radiología: (Fecha) De _____ (Fecha) A _____
- Informes De Laboratorio: (Fecha) De _____ (Fecha) A _____
- Notas De Progreso
- 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: ____ / ____ / ____