



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

PATIENT FACE-SHEET

PRIMER NOMBRE: _____ INICIAL: ___ APELLIDO: _____

FDN: ___ / ___ / ___ SSN: ___ / ___ / ___ NUMERO DE TELEFONO: () _____

DIRECCION: _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCION DE CORREO
ELECTRONICO _____

ESTADO CIVIL: CASADO/A () SOLTERO/A () DIVORCIADO/A () VIUDO/A ()

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NUMERO DE TELE: _____

RELACION A USTED: ESPOSO/A () HIJO/A () FAMILIAR ()

Etnicidad: _____ Raza: _____ Lenguaje: _____

PHARMACIA: _____ TELEFONO# _____

DIRECCION: _____

DOCTOR PRIMARIO: _____ TELEF: _____

REFERIDO POR UN DOCTOR SI () NO () NOMBRE/TELE: DR: _____
PH: _____

INFORMACION DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO: _____ ID: _____

NUMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DE SUBSCRIPTOR: _____ RELACION CON EL PACIENTE:
ESPOSO/A () HIJO/A () FAMILIAR ()

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR: ___ / ___ / ___

SSN DE ELSUBSCRIPTOR: ___ / ___ / ___

SEGURO SECUNDARIO: _____ ID: _____

NUMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DE SUBSCRIPTOR: _____ RELACION CON EL PACIENTE:
ESPOSO/A () HIJO/A () FAMILIAR ()



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

Historial Médico (circular las que apliquen)

Constitucional

Fatiga
Fiebre
Escalofríos
Sudores Nocturnos
Aumento de peso
Pérdida de peso

Ojos

Espeuelos/Contactos
Visión Borrosa
Dolor en los Ojos
Sensibilidad a la luz
Cataratas
Glaucoma

Oídos/Nariz/Garganta

Dolor en los oídos
Problemas de audición
Zumbido en los oídos
Nariz que moquea
Ronquera
Dolor de garganta
Sangrado de las encías
Dolor en los dientes
Sangrado de nariz

Cardiovascular

Claudicación
Dificultad al respirar
Edema (Donde)

Palpitaciones
Corta respiración nocturna
Insuficiencia cardiaca congestiva
Murmur
Cianosis
Venas varicosas

Gastrointestinal o Urinario

Dolor Abdominal
Anorexia
Dificultad al tragar
Estreñimiento/Diarrea
Acidez
Vomitando sangre
Hemorroides
Pancreatitis

Problemas de infecciones Urinarias
Problemas de la próstata
Frecuencia al orinar de noche
Lesiones genitales
Nauseas
Vomitando
Vesícula
Hepatitis
Problemas de Hígado
Impotencia
Frecuencia Urinaria
Excreta Oscura

Respiratorio

Tosiendo
Tosiendo con sangre
Asthma
Sibilancias
Bronchitis
COPD (chronic
Obstructive lung disease)
Enfisema
Neumonía
Problema Nasales
Tuberculosis (exposición)
Dificultad para respirar

Muscular

Artritis
Rigidez articular
Dolor en las extremidades
Dolor de Espalda
Dolor en las Articulaciones
Osteoporosis

Neurológico

Alzheimer
Migrañas/Dolores de cabeza
Mareos/vértigo
Convulsiones
Parkinson
Strokes/CV A
Depresión
Ansiedad
Enfermedades Mentales
Ataxia
Desmayos

Pérdida de memoria
Temblores
Bipolaridad
"Sintiéndose Estresado"
Pensamientos Suicidas
Molestias al dormir
Cambios de personalidad
Cambios de Humor

Hematológico/Linfático

Moretones con facilidad
Sangrado excesivo
Linadenopatía
Transfusión de sangre

Endocrino o Sexual

Diabetes
Menopausia
Enfermedades transmisión sexual
Hipertiroidismo
Hipotiroidismo
Hinchazón en pies y manos
Pérdida de cabello
Intolerancia al calor/frío
Infertilidad
Sudor Excesivo

Integumentario

Jaundice
Picor en la piel
Rashes
Piel Seca
Acne
Infección de hongos
Verrugas

Otros

Alergias Estacionales
HIV
AIDS
Anemia
Obesidad
Sickle cell
Cáncer



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

¿Usted ha sido diagnosticado con Presión Arterial Alta? ¿Si o No cuándo? _____

¿Si usted está tomando medicamentos para la alta presión, hace cuánto tiempo lleva tomando las? _____

¿Usted ha sido diagnosticado con el Colesterol Alto? Si o No

¿Si usted está tomando medicamentos para el Colesterol, hace cuánto tiempo lleva tomando las? _____

Solo Mujeres

¿Usted esta posmenopáusico? ¿Si ___ No ___ A tenido una Histerectomía? Yes ___ No ___

Historial Quirúrgico:

Tipo	Fecha	Donde

Historial Personal

¿Usted toma alcohol? ¿Si o No, Por cuánto tiempo? _____

¿Usted toma Café? _____ Soda con cafeína? _____

¿Estado Civil? Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Estado de Empleo: Empleado/a ___ Desempleado/a ___ Retirado/a ___ Otro _____

Ocupación: _____

¿Hace ejercicio regularmente? _____ Que tipo? _____ Que tan frecuente? _____

Utiliza alguna droga ilícita/ controlada? _____ Que tipo? _____ Que tan frecuente? _____



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

Historial Familiar

	Vivos: Si o No	Causa de muerte	Edad	Condición medica
Abuela Materna				
Abuelo Materno				
Abuela Paterna				
Abuelo Paterno				
Madre				
Padre				
Hermano				
Hermano				
Tía Paterna/Materna				
Tío Paterno/Materno				
Hermana				
Hermana				

Por favor liste todo medicamento que esté tomando (incluyendo multivitaminas):

Nombre	Intensidad	Cantidad diaria

Alergias: _____



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

Fecha: _____ Nombre completo: _____ Edad del paciente: _____

Doctor que refirió: _____ Razón para la consulta: _____

Está teniendo o a tenido alguno de los siguientes síntomas presentados:

Dolor de pecho/Incomodidad: Si No

Dificultad para Respirar: Si No

¿Si contesta si, los síntomas empeoran al acostarse? _____

Insuficiencia Cardíaca: Si No

Soplo Cardíaco: Si No

Ataque al corazón: Si No Fecha de lo sucedido: _____

Problemas con el corazón de joven: Si No

Enfermedad Cardíaca Reumática: Si No

Factores de Riesgo

¿Uso de tabaco? Si No Que tipo (Cigarros, pipa, ¿cigarrillos)? _____

Cuantos paquetes/cigarrillos diarios? _____ Por cuánto tiempo? _____ Cuando dejo de fumar? _____

Palpitaciones: Si No

Perder el Conocimiento: Si No

Problemas de la válvula cardíaca: Si No

Coronary Angiogram/Angioplasty/PTCA, stent: Si No Fecha: _____

Cirugía de Corazón Abierto: Si No Fecha: _____

¿Ha sido diagnosticado con Diabetes? Si No Fecha? _____



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

Aviso de HIPAA sobre los derechos del paciente

Orlando Heart & Vascular Center, LLC tiene una política de cumplimiento de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Nuestro objetivo es cumplir al 100% en todo momento. El siguiente método de operaciones se utilizará para garantizar la privacidad de la información de salud protegido (PHI) de un paciente.

1. Según las pautas de la HIPAA, sus registros médicos pueden transferirse a otro proveedor de atención con su autorización firmada. Los registros no se transferirán sin su autorización firmada (y/o tutor legal).
2. Después de revisar sus registros, si no está de acuerdo con alguna de la documentación en los registros, tiene la opción de escribir su propia documentación para colocar en su informe.
3. Si se requiere una cita con el otro proveedor médico, solo se proporcionará la información necesaria para programar una cita.
4. Si elige no permitir que ningún otro miembro de su familia acceda a sus registros, tiene derecho a notificar a nuestra oficina. El aviso debe ser por escrito. Si desea brindar acceso a sus registros a una persona designada, también puede proporcionar ese aviso por escrito.
5. Nuestra oficina no proporcionará ninguna información sobre usted o su condición médica a ninguna otra parte, además de otros proveedores médicos a quienes se le ha referido para tratamiento sin su autorización específica.
6. Si se le elige para formar parte de cualquier programa de investigación, se le pedirá que firme autorizaciones y divulgaciones adicionales para que la PHI se puede utilizar en el programa.
7. Bajo las reglas de HIPAA, Podemos usar la PHI necesaria de sus registros médicos para presentar reclamos de Seguro en su nombre. Su autorización y asignación de Seguro le permiten al consultorio presenta un Seguro en su nombre.
8. Habrá ciertas circunstancias en las que las autoridades de salud pública y las agencias de supervisión de la salud pueden requerir una copia de sus registros. Están autorizados por ley para recopilar esa información y estamos obligados a proporcionar una copia de su PHI.
9. Puede revisar sus registros programando una cita con la oficina. Necesitamos una notificación por escrito de al menos 15 días para programar un horario con un miembro del personal.
10. Se harán todos los esfuerzos posibles para garantizar que su PHI no se comparta con personas no autorizadas.
11. Si está en servicio militar active o es llamado al servicio militar active, según las leyes federales, estamos obligados a proporcionar una copia de su registro.
12. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier de las declaraciones anteriores, comuníquese con cualquier miembro del personal de Orlando Primary Medicine.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

Política Financiera

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE Y FIRME A CONTINUACION

Al registrarse, cobraremos su deducible, copago, servicios no cubiertos o porcentaje de su responsabilidad. Este preparado para pagar antes de que se presten los servicios. Nos reservamos el derecho a rechazar cheques en la oficina en cualquier momento. Como los copagos son un requisito del Seguro, no podemos facturarlos. A menos que aprobemos otros arreglos por escrito, el saldo de estado de cuenta vence y es pagadero en el momento en que se emite el estado de cuenta.

Sea lo más específico posible con la información de su Seguro, si espera que lo hagamos por usted, traiga su tarjeta de seguro con usted y cualquier información que pueda tener; ¡sin estos no podremos verte! Si su Seguro requiere una remisión o autorización de su médico de atención primaria (PCP), usted es responsable de obtener la remisión. No obtener una autorización de remisión puede resultar en una reducción o falta de pago, de lo cual usted será responsable en última instancia. Como cortesía, presentaremos su seguro y es su responsabilidad asegurarse de que recibamos el pago oportuno de ellos. Es útil mantener un contacto frecuente con su compañía de seguros para asegurarse de que está pagando como deberían. Recuerde, la cobertura de Seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y la compañía determina su elegibilidad y la cantidad de cobertura según su plan. En última instancia, usted es responsable de comprender las estipulaciones de su contrato con su seguro.

PACIENTES CON MEDICARE: Le facturaremos a Medicare y al seguro secundario, pero si no se recibe pago de su seguro secundario en un plazo de 45 días, se le notificara y se espera que pague a nuestra oficina el saldo adeudado. Entonces será su responsabilidad comunicarse con su Seguro para obtener el reembolso.

PACIENTES SIN SEGURO: (Esta categoría incluye a aquellos pacientes sin seguro y aquellos que tienen un plan de indemnización que desean presentar su propio seguro.) El pago de los servicios médicos se espera el día del servicio. Aceptamos Visa, MasterCard y Discover, así como efectivo y giros postales. Si no puede pagar los servicios en su totalidad, debe comunicarse con nuestra oficina para hacer un arreglo de pago antes de su cita.

Saldos y Estados de Cuenta: Si tiene saldo en su cuenta, le enviaremos un estado de cuenta. Estaremos más que felices de hacer arreglos de pago mensual para saldar la deuda. Preferimos que su cuenta se pague en su totalidad dentro de un periodo de 12 meses y, a partir del 1 de junio de 2011, Habrá una tarifa del 5% para cualquier cuenta que exceda ese periodo de tiempo. Después de 3 intentos de cobrar sin una respuesta, su cuenta se entrega a una agencia de cobranza externa y se le pedirá que liquide la cuenta con la agencia de cobranza.

Cheques devueltos: Cualquier cheque que se devuelva por insuficiencia de fondos o suspensión de pagos este sujeto a un cargo de \$35. En ese momento, solo podemos aceptar pagos en efectivo o con tarjeta de crédito, y el pago debe realizarse dentro de los 10 días hábiles o estará sujeto a una acción de cobro.

Registro Medico: Deberá hacer la solicitud por escrito y pagar una tarifa razonable de \$1 por las primeras 25 páginas y 25 centavos por cada página a partir de entonces.

Si tiene alguna pregunta sobre esta o cualquier otra política de la oficina, consulte a nuestro personal antes de su cita.

Firma del Paciente _____ Fecha _____



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

POLITICA DE NO-SHOW Y CANCELACION

Tenga en cuenta que nuestra cancelación y citas tardías exigen que los pacientes deben notificar a nuestra oficina 24 HORAS ANTES de la fecha de su cita.

Failure to notify our staff within the allotted time frame, will result in an added fee as specified below.

* DEBE HABLAR CON UNA PERSONA VIVA. LOS MENSAJES DEJADOS EN NUESTRO BUZON DE VOZ Y SERVICIO DE CONTESTADOR SON INSUFICIENTES. *

TARIFAS DE NO SHOW :

A los pacientes que “no se presenten” a sus citas de visita al consultorio se les cobrara una tarifa de \$80.00

Los pacientes que “abandonen” su cita perderán su copago y también incurrirán en una tarifa de \$50.00

Al firmar a continuación, reconoce y acepta seguir las políticas de nuestra oficina con respecto a las tarifas de no presentación y/o cancelación.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

Autorización para la divulgación de información

Nombre: _____ Fec.Nac: ___ / ___ / ___ SS#: ___ / ___ / ___

Autorice a Orlando Primary Medicine a (Marque Uno solamente):

___ Obtener mis registros de: _____

___ Liberar mis registros a: _____

Registros Necesarios:

Visitas de oficina Laboratorios Notas Ultrasonidos EKG Medicamentos Todos los Registros

Nombre de la facilidad recibiendo los registros: _____

Dirección: _____

Numero de Tele: _____ Fax: _____

Autorizó a Orlando Primary Medicine a divulgar toda la información médica (que incluye, entre otros, información sobre afecciones psiquiátricas, anemia de células falciformes, abuso de alcohol y Drogas y VIH o enfermedades transmisibles) solicitada por mi compañía de seguro médico, Medicare o cualquier otra otros terceros pagadores. Autorizo a Orlando Primary Medicine a divulgar toda la información médica a mi médico de cabecera (de familia). Autorizo a Orlando Primary Medicine a comunicase con mi compañía de seguros o al administrador del plan de salud y obtener toda la información financiera pertinente sobre cobertura y los pagos de mi póliza. Ordeno a la compañía de seguros o al administrador del plan de salud que divulgue dicha información al Orlando Primary Medicine.

Acepto que estas disposiciones permanecerán vigentes hasta que proporcione una revocación por escrito al Orlando Primary Medicine.

Firma del paciente/Guardian Legal: _____ Fecha: _____



Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE HIPAA

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

SS# del Paciente

Número de Teléfono del Paciente

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de I información médica protegida como se describe a continuación.

1. La siguiente persona/clase de persona/instalación específica está autorizada a usar o divulgar información sobre mí:

La siguiente persona (o clase de personas) puede recibir la divulgación de información médica sobre mí:

Nombre y Número de teléfono

2. La información específica que debe divulgarse es (indique las fechas de servicio si es posible):

A MENOS QUE FIRME AQUÍ, NO SE DIVULGARA INFORMACION SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL/SUSTANCIAS, EL HIV/ SIDA O LA SALUD MENTAL:

SI, DIVULGUE ESTA INFORMACION * _____

NO, NO DIVULGUE ESTA INFORMACION * _____

3. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de personas o instalación que a reciba y que luego ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.
4. Puedo revocar esta autorización notificando a Orlando Primary Medicine por escrito de mi deseo de revocarlo. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado en base a esta autorización no se puede revertir y mi revocación no afectara esas acciones.
5. Mi propósito/uso de la información es para:
_____.
6. Esta autorización expirara _____, 200 ____, O cuando ocurra el siguiente evento que se relacione conmigo o con el propósito del uso previsto o la divulgación de información sobre mí:
_____.

ESTE FORMULARIO SE DEBE COMPLETAR COMPLETAMENTE ANTES DE FIRMAR; Tenga en cuenta que se requiere la firma en dos lugares. *

Firma del Paciente*

Fecha de la firma*

Fecha de Nacimiento o SS#*

Firma del Guardian Legal*

Fecha de la firma *

Relación al paciente*