



PRONTO MEDICAL CARE

CARLOS H. FERNANDEZ PA-C

1. NO PRESCRIBIMOS SUSTANCIAS CONTROLADAS A PACIENTES PARA PROBLEMAS CRÓNICOS
2. SI TIENE UN PROBLEMA MEDICO, CON GUSTO EL PROVEEDOR LO EVALUARA. NO ES PRUDENTE RESOLVERLO EN EL TELÉFONO O EN LA VENTANILLA.
3. PARA EVITAR ERRORES, SI NECESITA "REFILL" DE SUS MEDICINA, DIGALE A SU FARMACIA QUE NOS LO COMMUNIQUE VIA "FAX".

NOMBRE

FIRMA

FECHA

FIRMA DE TESTIGO

FECHA

515 AIRPORT RD. PANAMA CITY, FL 32405
P.O. BOX 16223 PANAMA CITY, FL 32406
(850) 481-0894

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:(Apellido) _____ (Primer:) _____ (Inicial) _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Sexo: Femenino Masculino

Fecha de Naclmiento: _____ Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono: _____ Numero Móvil: _____ Numero de Trabajo: _____

Referido por: _____

Eres Soltero (a) / Casado / Divorciado / Viudo / Separado? _____

Raza: Indio Americano / Nativo de Alaska Asiático Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico Blanco Afro-Americano Rechazado

Origen Etnico: Hispano / latino No hispano / latino rechazado Lenguaje: Ingles Español Otro: _____

Padre o Guardián (Para Menores)

Nombre:(Apellido) _____ (Primer:) _____

Numero de Teléfono: _____ Numero Móvil: _____ Numero de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia

Nombre:(Apellido) _____ (Primer:) _____

Numero de Teléfono: _____ Numero Móvil: _____ Numero de Trabajo: _____

Relación de contacto de emergencia con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Información del Seguro

Información del Seguro Prmarlo :

Seguro Prmarlo: _____ Número de póliza: _____

Nombre del Asegurado(a): _____ Fecha de Naclmiento: _____

Relación con el paciente: _____ Numero ID del Grupo: _____

Información del Seguro Secundario:

Seguro Secundario: _____ Número de póliza: _____

Nombre del Asegurado(a): _____ Fecha de Naclmiento: _____

Relación con el paciente: _____ Numero ID del Grupo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para tratamiento y acuerdo de pago

Autorizo a Pronto Medical Care/Carlos Fernandez PA-C, para utilizar y/o revelar mi Información de salud que me identifica específicamente o que razonablemente se puede utilizar para identificarme y llevar a cabo mi tratamiento, el pago y mi cuidado.

El tratamiento incluye pero no limitado a: la administración y funcionamiento de la administración de cualquier anestésicos necesarios, el uso de medicamentos de prescripción, todos los tratamientos, el funcionamiento de tales procedimientos como considere necesario o conveniente en el tratamiento de este paciente como procedimientos de diagnóstico, la toma y utilización de culturas y de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptado, que a juicio del médico tratante o a sus representantes asignados se considere médicamente necesario o recomendable.

Pago incluye, pero no está limitado a: la autorización de pago directamente al Pronto Medical Care/Carlos Fernandez PA-C, de beneficios pagaderos en caso contrario a mí. Por la presente reconozco la liberación de mi expediente médico para aseguradores de terceros o personas autorizadas para que la divulgación es necesaria para establecer o cobrar una cuota por los servicios proporcionados, tales como los servicios de facturación y cobranza, pagadores de seguros, aseguradoras de accidentes de auto, o para el trabajo relacionados con lesiones a mi empleador o la persona designada Entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos. Reconozco que puede ser almacenado electrónicamente y disponible a través de redes informáticas.

Operaciones de cuidado de la salud incluyen pero no están limitadas a: liberación de mi Información médica a cualquiera de mis doctores y sus oficinas o compañías de seguros participen en mi cuidado o tratamiento y la calidad de ese cuidado.

Entiendo que esto se da antes de cualquier diagnóstico específico o tratamiento y que estos servicios son voluntarios y que tengo el derecho a rechazar estos servicios. Tengo la intención de este consentimiento para continuar en la naturaleza incluso después de que se ha realizado un diagnóstico específico y tratamiento recomendado. Esta autorización permanecerá en plena vigencia, a menos que revoque por escrito y no afectará a las acciones que se tomaron antes de recibir mi revocación. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como la original.

El paciente o el garante son responsables por los gastos incurridos. Esta oficina somete el reclamo a su seguro como una cortesía, sin embargo, usted es responsable por pagar su "copay" y cualquier porcentaje que no le toque a su compañía de seguro en el día de su visita. Es la responsabilidad del paciente obtener documentos de referido de su médico cuando es requerido. Sin obtener esta documentación, el paciente puede ser responsable por el pago completo de esa fecha de servicio.

He leído y comprendo esta reglas de pago. Estoy de acuerdo transmitir cualquier pago que t orecida de seguros o garantes a Pronto Medical Care/Carlos Fernandez PA-C por servicios recibidos por mí inmediatamente.
Inicial del paciente: _____

PARA LOS PACIENTES CON MEDICARE: AUTORIZACIÓN DE MEDICARE POR VIDA

Certifico que la Información que me han dada en la aplicación de pago en el título XVII de la ley de Seguridad Social es correcto. Autorizo a cualquier sostenedor de la Información médica acerca de mí para liberar a la administración de la Seguridad Social de sus intermediarios o portadores de cualquier Información necesaria para este o una reclamación de Medicare relacionada. Solicito que los pagos de beneficios autorizados pagarán en mi nombre. I asignar los beneficios a pagar por los servicios que el médico o la organización de los servicios de objetos de decoración o autorizar tal médico u organización para presentar una reclamación a Medicare para el pago.

Asignar los beneficios a pagar por servicios Pronto Medical Care/Carlos Fernandez PA-C. Inicial del paciente/: _____
Los pacientes de MEDICARE no: solicitar esta autorización también se aplican a todos los otros seguros. Inicial del paciente/: _____

Certifico que he leído y comprendo a las declaraciones anteriores totalmente y completamente. Voluntariamente doy consentimiento a su contenido.

Firma del paciente (o persona responsable): _____

Fecha _____

Pronto Medical Care

Formulario de Acuse de Recibo y Consentimiento del Paciente HIPPA

Entiendo que como parte de mi trato médico, Pronto Medical Care origina y mantiene registros de papel y / o electrónicos que describen mi historia de salud, síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de cuidado o tratamiento futuro.

Entiendo y he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de la información, usos y divulgaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos

- El derecho a revisar la notificación antes de firmar este consentimiento
- El derecho a oponerme al uso de mi Información de salud para fines de directorio
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo mi Información de salud puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o operaciones de atención médica

Entiendo que Pronto Medical Care no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya actuado en su dependencia. También entiendo que al negarse a firmar este formulario de consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Entiendo que como parte del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad, y consiento a dicha divulgación para estos usos permitidos, incluyendo revelaciones por fax. Yo entiendo y acepto los términos de este consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Divulgación a amigos y / o familiares

Doy permiso para designar a un miembro de la familia u otra persona que con el proveedor o el personal médico pueda discutir mis condiciones médicas, comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de cuidado.

Nombre	Relación	Número de Contacto

HISTORIA DEL PACIENTE / LISTA DE MEDICAMENTOS

Nombre:(Apellido) _____ (Primer:) _____ (Inicial) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Historia de la Enfermedad Actual:

¿Por qué vienes hoy? _____

Severidad del dolor? 1 2 3 4 5 Duración: _____
 (5 siendo el peor) (Cuanto tiempo tienes este problema?)

Signos/Sintomas Asociados: _____

Historial médico anterior: Circule cualquier condición médica previa que haya tenido o tenga.

Dolores de Cabeza Enfermedad Vascular Sinusitis Crónica Apnea obstructiva del sueño Síndrome del túnel carpal Ataques, Convulsiones Enfermedad del riñón Enfermedad de Úlcera péptica Artritis Reumatoide Anormalidad de la marcha Alcohólico Neuralgia Trigémina Depresión/Ansiedad Cáncer de _____	Migrañas Presión Alta Diabetes Paperas Fibrosis Reumática Polio Encefalitis Ataque de nervios Tuberculosis Hernia Abdominal Pulmonía Abuso de sustancias Dolor de cuello Enfermedad de Crohn	Hepatitis _____ Osteoporosis Epilepsia Sarampión Fiebre escarlata Asma Lupus VIH/SIDA Psicosis Psoriasis Culebrilla Dolor de espalda Bipolar	Anemia Infecciones de la vejiga Glaucoma Hemorroides Bronquitis Enfermedad de tiroides Prolapso de la válvula mitral Tos Persistente Fibromialgia Obesidad Enfermedad del Corazón Úlcera Infarto Varicela
---	---	--	--

(Liste cualquier cirugía previa:) _____

ALERGIAS DE MEDICAMENTOS : SI or NO Si la respuesta es sí, por favor describe: _____

Consumo del Alcohol: Nunca Raramente Moderado Diariamente
 Uso del Tabaco: Nunca Anteriormente, pero deje de fumar hace _____ Cajetillas por día: _____
 Uso de las Drogas: Nunca Tipo/Frecuencia: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS: _____

Historia Familiar: Adoptado No hay antecedentes familiares conocidos Por favor liste enfermedades/condiciones
 Madre: _____ Padre: _____
 Hermanos: _____ Hijos: _____

Firma: _____ Fecha: _____