

Florida Infectious Diseases Specialist, Inc.
 102 Park Place Blvd, Bldg D Suite 3, Kissimmee, FL. 34741

Información del Paciente:

Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	S.S#: DL#:
Correo Electronico	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Tel:	Otro:	
Referido por:		
Farmacia de preferencia:	Tel:	Codigo postal:
Dr. Primario:	Tel.:	
Ocupacion:	Tel.:	
Empleador:		

Seguro Medico Primario:

Nombre del suscriptor:	Compañía de Seguro:		
# ID:	Tel.:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:

Seguro Medico Secundario:

Nombre del suscriptor:	Compañía de Seguro:
ID#:	Ph #:

Contacto en caso de Emergencia:

Nombre:	Relación:		
Tel.:	Celular:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:

Por este medio doy mi consentimiento a **FLIDS** proporcionar tratamiento médico a mí como mi proveedor actual de seguro médico y la factura. Yo también solemnemente que la información proporcionada por mí es correcta y actualizada en la medida de mis conocimientos. Se notificara a **FLIDS** Acerca de cualquier cambio en esta información.

Signature: _____ Date: _____

Lista de medicamentos actuales:

Nombre:	Dosis y Frecuencia	Nombre:	Dosis y Frecuencia
1. _____		6. _____	
2. _____		7. _____	
3. _____		8. _____	
4. _____		9. _____	
5. _____		10. _____	

Si se necesita espacio adicional, por favor escriba la información en el reverso de esta página y marque aquí:

Alergias:

Nombre:	Reacción:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Problema médico actual: Favor de circular todo lo que ahora se aplica:

Dificultad para respirar	Si	No	Dolor abdominal	Si	No	Vision Borrosa	Si	No
Dolor en el pecho	Si	No	Nausea	Si	No	Dolor de Cabeza	Si	No
Diarrea / estreñimiento	Si	No	Dolor articulaciones	Si	No	Tos	Si	No
Tobillos hinchados	Si	No	Palpitaciones	Si	No	Problemas al orinar	Si	No
Sibilancias	Si	No	Dolor de oido	Si	No	Debil	Si	No
Pérdida de peso	Si	No	Escalofrios	Si	No	Cambio de apetito	Si	No
Fiebre	Si	No	Mareos	Si	No			
Otro: _____								

Past Medical History:

Problemas del Corazón	Si	No	Tiroide	Si	No	Ictericia	Si	No
Presion Alta	Si	No	Problema de Riñones	Si	No	Cancer	Si	No
Enfermedad de la piel	Si	No	Enfermedades Venerias	Si	No	Convulsiones	Si	No
Desorden sanguineo	Si	No	VIH	Si	No	Anemia	Si	No
Defecto de Audicion	Si	No	Infecciones de Pecho	Si	No	Hemorroides	Si	No
Gota	Si	No	Diabetes	Si	No	Asma	Si	No
Otro: _____								

Cirugias:

Nombre:	Fecha:	Nombre:	Fecha:
1. _____		6. _____	
2. _____		7. _____	
3. _____		8. _____	
4. _____		9. _____	
5. _____		10. _____	

Fecha de su ultimo Fisico? _____ Fuma? Si No Utiliza Drogas Ilicitas? Si No

Toma Alcohol? Si No con qué frecuencia y cuánto? _____ Tiene Testamento? Si No

Antecedentes familiares: Marque todas las que aplican	Madre	Padre	Hermanos	Hijos
Cáncer				
Diabetes				
Epilepsia/convulsiones				
Enfermedades del corazón				
Enfermedad renal				
Hipertencion arterial				
Enfermedades de los riñones				
Tiroide				

Consentimiento de tratamiento

Yo, _____, autorizo **FLIDS, Inc.** a proveer servicios de evaluación y tratamiento para mí. Cada tratamiento se realizará de manera confidencial, como en el Reglamento de HIPAA. No se permitirá la divulgación de información confidencial a menos que específicamente autorizados por escrito por el paciente o en una citación emitida por un tribunal. Yo entiendo que FLIDS esta obligado por la ley de la Florida para reportar cualquier negligencia. Soy conciente de que FLIDS está comprometida con la formación y Educación de los individuos en el campo de la salud. Yo tengo el derecho de autorizar o rechazar dada información o evaluada por cualquier miembro del personal en formación.

Doy mi consentimiento de que la información anterior es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si tengo un cambio en la salud.

Firma del Paciente o Pariente/Tutor

Nombre de Pariente/Tutor

Fecha

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Cláusula de confidencialidad

Yo autorizar de proveer verbal o escrita la información de los resultados a los miembros de mi familia en caso de que no este disponible. Si No

Nombre de Personas Autorizadas:

Relacion con el paciente:

Firma del Paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Políticas de la Oficina

"Cargos al no asistir a su cita"

Si usted no puede mantener una cita, por favor, cancelar o reprogramar su cita por lo menos 24 horas antes de la fecha de su cita. Esta política se cobrará una cuota de \$35.00 a su cuenta por falta de no cancelar o reprogramar su cita a tiempo. Este cargo es la responsabilidad del paciente y no se le cobrará a cualquier compañía de seguros. Las emergencias se tomaran en cuenta.

Yo, _____, he leído y entiendo la política de "no asistir a mi cita". Soy totalmente consciente de que si no se me presento a la cita o no llame a la oficina para cancelar o reprogramar en un periodo de 24 horas antes, se cobrará \$35,00. Esta cuota se pagará antes de ser visto.

Formularios/Cartas

Hay un costo de \$30,00 para la realización de formularios/cartas que requiera que sea llenado por el medico. (tenga en cuenta que los medicos de FLIDS no llenan ciertos formularios o escriben ciertos tipos de cartas, por favor llamar a la oficina y verificar primero con la recepcionista)

Tenga en cuenta de que tenemos un periodo de 7 dias para poder acerles llegar de todo cuyo documento que requiera la firma de los Medicos. Si estos documentos son los necesita en un tiempo acelerado, habrá un cargo adicional de \$10.00.

Pago es pagadero en el momento que los documentos sean recogido sin excepción.
Si elige, usted puede pagar la mitad en el momento de la solicitud y el resto cuando sean recogidos.

Copias del Expediente Medico

El paciente puede solicitar copia de su expediente al llenar y firmar el formulario compatible con las regulaciones de HIPAA. Expedientes médicos que sean enviaos directamente a otro proveedor o facilidad medica para la continuación de la atención medica se enviarán sin cargo alguno.

Todo expediente que sea solicitado por el paciente, para uso personal o el de un abogado será evaluado a un cargo de \$1.00 por página de 1 a 25 páginas y luego \$0.25 por página después de eso. Por favor, espere 7-10 días laborales para el procesamiento de la solicitud.

Yo, _____, reconosco el haber recibo y la aceptación de estas políticas de la oficina.

Firma

Fecha

Conocimiento de aviso de privacidad

He recibido una copia del aviso de privacidad de parte de Florida Infectious Diseases Specialist, Inc.

Nombre

Firma

Fecha