



Actualmente usted está programado para ser visto por uno de nuestros Extensores Médicos:

Adelaide Smith A.P.R.N.-C / Evan Chastain Thady, A.P.R.N.-C
Elizabeth Orlando, A.P.R.N.-C / Courtney Carroll Frazier, A.P.R.N.-C
Sara Nartatez, A.P.R.N.-C / Darya Kyrylina, A.P.R.N.-C
Anna Smith, A.P.R.N.-C / Jessica Bartlett, A.P.R.N.-C
Christina Morales, A.P.R.N.-C / Jessica White A.P.R.N.-C
Michelle Horta A.P.R.N.-C / Elena Tadioto, P.A.-C
Brent Hopson, P.A.-C / Mindy Ley, P.A.-C
Alyssa Pena, P.A.-C / Deborah LeBlanc, P.A.-C
Cassie Robinson P.A.-C / Saadadu Olanrewaju, P.A.-C
Maria Kabushinskaya, P.A.-C / Elisa Endicott, P.A.-C

Como parte de nuestro esfuerzo para garantizar la mejor atención al paciente y evitar malos entendidos, firme la siguiente declaración.

Soy consciente de que la enfermera practicante / Asistente Médico me verá y tratará mi condición dermatológica(s).

Firma del Paciente

Fecha

NO estoy de acuerdo y **NO** estoy de acuerdo en que el Extensor Médico me vea por mi condición dermatológica, y me gustaría reprogramar mi cita con un Doctor.

Firma

Fecha



LISTA DE HISTORIA DERMATOLOGIA

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Tiene o a tenido lo siguiente:

Lungs:

- Bronquitis
- Emfisema
- Asthma
- Bronquitis chronica
- Tos matutina
- Vascular
- Presion alta
- Dolor de pecho
- Previo infartode miocardio
- Soplo cardiaco
- Trastorno de ritmo
- Marcapasos
- Tromboflebitis
- Cholesterol alto
- Transfusion de sangre
 - Other systemic:

- Diabetes mellitus
- Fiebre dehenos
- Osteoporosis
- Trastorno de la tiroides
- Trastorno renal
- Trastorno de la vejiga
- Enfermedad de el estomago, intestino, o rinon
- Hepatitis
- Glaucoma
- Artritis
- Epilepsia
- Trastorno convulsivo
- Problemas de desmayo o perdida de consciencia
- Dolor de cabeza

Historial medico

Lista de todos los medicamentos que esta usando:

Medicamento	Strength Dosis	Frecuencia	Medicamento	Strength/dosis	Frecuencia

Allergias: _____

Por favor completar segunda pagina



Historial social:

Alcohol? _____ cuantas veces al dia _____

Usa drogas recreativas, y cuantas veces? _____

A estado expuesto HIV (AIDS)? _____

Usted fuma? _____ cuantas veces _____

Cual es su ocupacion? _____

Cual es su pasa tiempo? _____

Historia de la piel:

Alguna vez a te han administrado anestesia? _____ alguna ves has tenido una reaccion la anestesia? _____

Que pasa cuando se ex pone al sol?

Tan Tan and burn Burn

Alguna vez has tenido cancer en la piel, que tipo _____

Algun tipo de enfermedad de la piel? _____

As tenido algun tipo de cirugia en los ultimos 6 meses? Que tipo? _____

Sangra facil mente, o sangras excesivo durante procedimientos medicos? _____

Toma antibioticos antes de cirugia? _____

- Prolapso de la valvu la mitral
- Reemplazo de la articulacion
- Marcapos/desfibrilador
- Transplante de organo
- Defecto de corazon
- Valvula de Corazon artificial
- Murmuro de corazon

Por que esta aqui hoy _____

Por cuanto a persistido el problema? _____

Que hace el problema mejor o peor? _____

Que otro sintomas a causado este problema? _____

Women:

Esta embarazada? _____ Cuando es la fecha proyectada _____

Esta planeando embarazarze? _____

Esta lactando? _____

A que farmacia le gustaría que les envíen sus recetas? _____





PROCEDIMIENTOS DE OFICINA Y FINANCIEROS

Gracias por escoger a Mid Florida Dermatología y Cirugía Plástica para tu cuidado de piel y salud. Estamos comprometidos en ofrecerte el mejor tratamiento y cuidado médico. Entendemos que muchos pacientes consideran que la cobertura de seguro y los problemas de responsabilidad financieros son complejos y confusos. Debido a esto, hemos detallado la política de nuestra práctica en detalle para ayudarte.

SEGURO MEDICO

Tenga su tarjeta disponible cuando se registre para su cita. Además, muchos planes de seguro requieren que obtengan un referido de su médico primario antes de recibir los servicios. Le pedimos que tenga la mano su referido al momento de registrarse para la cita. Como cortesía, verificaremos la cobertura y facturaremos a su compañía de seguro en su nombre. Recuerde que los planes de seguro participantes requieren que todo los co-pagos se paguen al momento de recibir los servicios. Usted es responsable de su factura. Los proveedores pueden realizar procedimientos o servicios que se consideren necesarios para su salud. No todos los servicios o procedimientos están cubiertos por todos los contratos de seguro. Usted será responsable de los pagos de estos cargos. Comuníquese con el departamento de servicio al cliente o de servicio al miembro de su compañía de seguros. (El número está en su tarjeta médica). Se le enviará un estado de cuenta de nuestra oficina indicando lo que ha pagado su seguro médico. Y el saldo restante se debe pagar al recibir esa declaración. Favor de informar a la práctica de cualquier cambio relacionado con su seguro o demografía.

Si no puede pagar el saldo completo o el estado de cuenta comuníquese con nuestro departamento de facturación al 407-299-7333, ext. 1330 para coordinar plan de pago. El co-pago o deducibles no pueden ser renunciados por nuestra práctica. Además usted podría estar recibiendo facturas de su laboratorio participante o de los laboratorios de Mid Florida Dermatología y Cirugía Plástica en el lugar de Florida.

NO SEGURO O PAGO PROPIO

El pago se realizará el día en que se presten los servicios. La lista de precios de ciertos servicios está disponible previa solicitud antes que se presten los servicios.

CHEQUES DEVUELTOS

Se agregará un cargo de \$25.00 dólares a su cuenta por cualquier cheque devuelto por su banco por cualquier motivo.

CITAS CANCELADAS

Si no puede cumplir con su cita programada, llame a nuestra oficina 24 horas hábiles de anticipación para reprogramar su cita. Esto nos dará tiempo para usar su horario para acomodar a otros pacientes. Si no lo hace, se agregará una tarifa de \$50.00 dólares a su cuenta.

RECORD MEDICO

Si lo solicita, le proporcionaremos una copia de sus registros médicos. Deberá firmar una carta de autorización. Favor de esperar 10 días laborables para que copiemos sus registros. Se le cobrará una tarifa de \$1.00 dólar por las primeras 25 páginas luego 0.25 centavos por cada página adicional. Pago se realiza antes de recibir los registros médicos.

FIRMA / O TUTOR DEL PACIENTE

FECHA



FORMULARIO DE DIVULGACION DE DESIGNACION Y RECONOCIMIENTO DE HIPPA DEL PACIENTE

I. Reconocimiento de practica aviso de practicas de privacidad:

Al suscribir mi nombre a continuacion, reconoci que Mid Florida Dermatologia y Cirujia Plastica me proporcione una copia de aviso de practica de privacidad (NPP) Y que he leído (O tuve la oportunidad de leer si asi lo elijo) y entiendo mis derechos y hago preguntas con respeto a mi derecho y recibir respuestas a mi satisfaccion, y aceptar su plazo.

Firma de Paciente

Firma de Tutor

Fecha

II. Designacion de ciertos parientes, amigos cercanos y otros cuidadores como mi representante personal:

Estoy de acuerdo en que la practica puede divulgar cierta parte de mi informacion medica a un representante personal o a mi eleccion, ya que dicha persona esta involucrada con mi atencion medica o con el pago relacionado con mi atencion medica en ese caso. La practica del medico divulgara solo informacion que sea directamente relevante para la participacion de la persona en mi atencion medica o pago relacionado con mi atencion medica.

Nombre: _____ Ultimos cuatro de el/ella SS O Clave (requerido) _____

Nombre: _____ Ultimos cuatro de el/ella SS O Clave (requerido) _____

Nombre: _____ Ultimos cuatro de el/ella SS O Clave (requerido) _____

Yo, _____, actuando en nombre de hija/hijo menor _____,
Pariente / Tutor **Nombre del Paciente**

Como representante personal legal en todo los asuntos, un representante es un tutor legal designado por el tribunal, se debe proporcionar una copia de los documentos del tribunal Y mantenerla en los registros medicos.

III. Solicitud para recibir comunicacion confidencial por medicos alternativos:

Ha provisto por la regla de privacidad Seccion 164.522 (B) Por la presente solicito que la practica realice toda la comunicacion para cumplir con los medicos alternativos que he enumerado a continuacion.

Numero de Telefono Cell/Casa:

 OK dejar mensaje detallado
 Dejar mensaje con numero a devolver

Direccion de comunicacion escrita:

 OK para enviar correo electronico
 Correo es: _____

Numero de trabajo:

 OK dejar mensaje detallado

Numero de fax:

 OK fax informacion al numero

Otros:

Nombre Paciente:

Firma Paciente:

Fecha:

Testigo:

Fecha:



Dermatology and Dermatological Surgery
407-299-7333 / 888-318-3183

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

Usos y revelaciones:

1. Durante el curso del tratamiento será necesario para nuestra práctica de compartir su información médica en los siguientes ejemplos
 - Procedimientos de laboratorio: con el fin de identificar correctamente las muestras que remitirá al laboratorio, vamos a necesitar incluir su información médica en el formulario de solicitud de laboratorio.
 - Referencia de un médico: Si determinamos que usted debe ser tratado por otro médico en una especialidad diferente, tendrá que enviar su información médica a la oficina de dicho médico.
 - Facturación y Colecciones: Para que nuestra práctica de recibir el pago de su compañía de seguros, que tendrá que compartir su información médica con su compañía.
2. Sobre una base mucho menos frecuente, nuestra práctica puede ser obligado a revelar información confidencial sin su consentimiento por escrito de las razones jurídicas siguientes:
 - a) Usos y divulgaciones para las actividades de salud pública;
 - b) Informar sobre las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
 - c) Divulgación de las actividades de supervisión de la salud;
 - d) Las declaraciones de los procedimientos judiciales y administrativos;
 - e) Las declaraciones de los propósitos de aplicación de la ley;
 - f) Usos y revelaciones de acerca de los difuntos;
 - g) Usos y revelaciones de órganos de cadáveres, ojos, o tejidos con fines de donación;
 - h) Revelaciones para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad, y
 - i) Usos y divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas.

Cualquier otro uso y divulgación de su información de salud se requerirá su autorización individual por escrito que usted puede revocar dicha autorización.

En ocasiones, nuestros empleados pueden contactar con usted en casa para recordatorio de citas o información sobre su tratamiento.

DERECHOS DEL PACIENTE

Como un paciente en la práctica que tienen los siguientes derechos:

1. El derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y revelaciones, incluyendo una declaración de que la práctica no está obligado a aceptar una restricción solicitada;
2. El derecho a recibir comunicaciones confidenciales
3. El derecho a inspeccionar y copiar información de salud protegida;
4. El derecho de enmendar información de salud protegida;
5. El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información de salud protegida, y
6. El derecho de un individuo para obtener una copia impresa de este aviso de la práctica bajo petición.

LAS OBLIGACIONES MEDICAS Y LA PRÁCTICA

1. Nuestra práctica está obligada por ley a mantener la privacidad de la información confidencial y proveer a nuestros pacientes con un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información;
2. Nuestra práctica está obligada a cumplir con los términos del aviso actualmente en efecto, y
3. Nuestra práctica se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso y de hacer las nuevas provisiones del aviso eficaces para toda la información confidencial que lo mantiene. Cualquier revisión de la Política de Prácticas de Privacidad se hará constar en esta notificación con una fecha de vigencia de dichos cambios.

QUEJAS

Usted tiene el derecho de compartir las preocupaciones, sin represalias, sobre el uso de su información médica para el Secretario de DHHS si usted cree que sus derechos han sido violados. Usted también puede pedir hablar con el Oficial de Privacidad de esta práctica.

OFICIAL DE PRIVACIDAD

Nuestra práctica ha designado a fa Gerente de la Oficina como el Oficial de Privacidad y puede ser contactado en 407-299-7333 extension 1226.

RECONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

He recibido Mid Florida Dermatology Asociadas Aviso de Prácticas de Privacidad

Firma def paciente

Fecha

Nombre def Paciente - en letra de imprenta

Fecha de Efectividad
Abril 1, 2003