

Cardiac & VeinwoRx

DBA Functional MedWoRx

Información de registro del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo asignado al nacer: (Masculino / Femenino) Género : _____ Pronombres: _____

S.S. #: _____ Estado civil : _____ correo electrónico: _____
dirección de casa: _____

(Calle) _____ (ciudad) _____ (Estado/Código postal) _____
Teléfono de casa: () _____ teléfono móvil: () _____ Idioma principal: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de contacto de emergencia #: () _____

Farmacia: _____ **Telefono#:** _____

Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo hawaiano u otro del Pacífico ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Otra raza y etnicidad

Información para el empleador del paciente

Empleador del paciente: _____ Empleador del paciente: _____

Dirección del empleador: _____ Telefono: () _____

Nombre del cónyuge: _____ Empleador del cónyuge: _____

Médico de atención primaria: _____ Telefono#: () _____

Médico referente: _____ Telefono#: () _____

Seguro

*Información del seguro (POR FAVOR, PROPORCIONE COPIAS DE LA(S) TARJETA(S) DE SEGURO)

Seguro Primario. Nombre de la Compañía: _____ Nombre del asegurado principal _____

Fecha de nacimiento: _____

Identificación del seguro#: _____ Plan#: _____ Grupo#: _____

Encierra en un círculo todas las opciones que correspondan:

¿Tiene dolor en el pecho, dificultad para respirar, palpitaciones, mareos, hinchazón, presión arterial alta o baja, hormigueo o entumecimiento?

¿Ha estado hospitalizado desde su última visita? Sí o No. Si es así, ¿por qué?

*Las direcciones de correo electrónico se utilizan como contacto de emergencia y boletín informativo sobre nuestra práctica.

Cardiac & VeinwoRx
DBA Functional MedWoRx

Medicamentos actuales

Nombre	Fortaleza	Frecuencia	Nombre	Fortaleza	Frecuencia

Historial medico

[illegible]

***** **ALERGIAS:** _____

Historia Quirúrgica

Año	Tipo

Hospitalizaciones

[illegible]

Cardiac & VeinwoRx

DBA Functional MedWoRx

Historia familiar

Padre: ☐ Vivo ☐ Fallecido

Historia médica:

☐ Cáncer

Tipo: _____

☐ Cardiopatía

☐ Hipertensión

☐ Stroke

☐ Colesterol alto

☐ Otro: _____

Madre: ☐ Viva ☐ Fallecida

Historia médica:

☐ Cáncer

Tipo: _____

☐ Cardiopatía

☐ Hipertensión

☐ Stroke

☐ Colesterol alto

☐ Otra: _____

Hermanos: ☐ Vivo ☐ Fallecido

Historia médica:

☐ Cáncer

Tipo: _____

☐ Cardiopatía

☐ Hipertensión

☐ Stroke

☐ Colesterol alto

☐ Otro: _____

Historia social

Tabaco

☐ Sí ☐ No ☐ Anterior

Tipo: _____

Años fumados: _____

Año Dejar de fumar: _____

Paquetes/Día: _____

Alcohol

☐ Sí ☐ No

☐ Social

☐ A diario

☐ Fin de semana

Ejercicio

☐ Sedentario

☐ Ocasional

☐ Regular

Uso de drogas ilícitas

☐ Sí ☐ No

Tipo de droga: _____

Cardiac & VeinwoRx

DBA Functional MedWoRx

Lea este formulario atentamente y en su totalidad antes de firmarlo.

I, _____, Entiendo que puedo requerir tratamiento médico dependiendo de los exámenes realizados en el consultorio.

Autorizo a los médicos de Cardiac & VeinwoRx, DBA Functional MedWoRx, a determinar qué tipo de procedimientos diagnósticos (pruebas) deben realizarse para obtener más información sobre mi condición. Estos pueden incluir radiografías, análisis de sangre, análisis de orina, presión arterial u otras pruebas de rutina. Entiendo que si mi médico me recomienda una prueba más compleja o que implique riesgos especiales, me la explicarán. Además, autorizo al personal de Cardiac & VeinwoRx, DBA Functional MedWoRx, a ayudarme a realizar o a realizar las pruebas que mi médico ordene.

También autorizo a mi médico a determinar el tipo de tratamiento que se me administrará y a realizar los procedimientos que considere necesarios, según su criterio profesional, para preservar mi salud. Asimismo, autorizo al personal de Cardiac & VeinwoRx a asistir en la administración o a administrar la terapia que mi médico indique. Entiendo plenamente que las pruebas o tratamientos médicos pueden conllevar ciertos riesgos inevitables.

Si parte de mi tratamiento es muy compleja o conlleva riesgos especiales, me lo explicarán.

Entiendo que no es práctico enumerar todos los aspectos de la atención médica, ni todos los procedimientos o tratamientos que podría recibir. Sin embargo, reconozco que mi médico está disponible para responder cualquier pregunta que pueda tener. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía ni seguridad sobre los resultados de los tratamientos o exámenes.

Certifico que he leído este formulario, que me lo han explicado y que comprendo completamente su contenido.

• _____
Firma del paciente

Fecha

PARA PACIENTES QUE NO PUEDEN FIRMAR

• _____
Firma del Representante Legal

Testigo

Cardiac & VeinwoRx

DBA Functional MedWoRx

Acuerdo del paciente para pagar los servicios médicos

Por la presente, autorizo a Cardiac & VeinwoRx, que opera bajo el nombre de Functional MedWoRx, a proporcionar a mi aseguradora toda la información relativa a mi enfermedad. Asimismo, autorizo que los beneficios de esta reclamación se paguen directamente al médico. Entiendo que soy responsable financieramente ante el médico por los gastos no cubiertos por mi aseguradora. Yo, el paciente o su tutor, seré responsable del pago total.

También entiendo que todos los copagos y/o deducibles deben pagarse al momento de la prestación de los servicios. También entiendo que pueden aplicarse cargos médicos si estoy hospitalizado y que también seré responsable de dichos cargos. Acepto ayudar a Cardiac & VeinwoRx, que opera como Functional MedWoRx, en cualquier gestión de cobro para recibir el pago de mi compañía de seguros, proporcionando al consultorio toda la información necesaria para que los médicos reciban el pago. Si se produce algún cambio en el seguro, notificaré al consultorio de inmediato o seré responsable de cualquier reclamación pendiente..

Entiendo que al firmar este acuerdo, acepto realizar todos los pagos a Cardiac & VeinwoRx DBA Functional MedWoRx por los cuales soy responsable y que, si el seguro rechaza un reclamo por cualquier motivo, soy responsable en última instancia del pago total a los médicos.

Al no firmar este acuerdo, se podrán negar los servicios.



Firma: _____ **Fecha:** _____

Imprimir: _____ **Fecha:** _____

Firma del tutor (si el paciente no es competente)

Por favor, entregue a la recepcionista su tarjeta de seguro y su licencia de conducir para que se las fotocopiamos. Gracias.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. Permiso que se utilice una copia de la autorización en lugar del original.



Firma: _____ **Fecha:** _____

Por la presente, autorizo a Cardiac & VeinwoRx, que opera bajo el nombre de Functional MedWoRx, a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados por él/ella o por orden suya. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente a Cardiac & VeinwoRx, que opera bajo el nombre de Functional MedWoRx (o a quien acepte la cesión). Certifico que la información que he proporcionado sobre mi cobertura de seguro es correcta. Autorizo el uso de una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mí o por mi compañía de seguros en cualquier momento por escrito.



Firma: _____ **Fecha:** _____

**NUESTRA POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN ES LA
SIGUIENTE**

**** Tenga en cuenta que si necesita cancelar o reprogramar su cita,
llame con 24 horas de anticipación para evitar un cargo por no
presentarse. (Consulte las tarifas a continuación).****

Ejercicio/Monitor/Ecografía (s) _____ Tarifa por no presentarse \$50.00

EVLA/EVLT/VenaSeal(s) _____ Tarifa por no presentarse \$200.00

Estudio nuclear/Mesa basculante _____ Tarifa por no presentarse \$200.00

Hacer un seguimiento _____ Tarifa por no presentarse \$50.00

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Firma: _____ Fecha: _____

Cardiac & VeinwoRx
DBA Functional MedWoRx

Formulario de autorización de divulgación de registros médicos

La fecha de hoy: _____

Marque según corresponda:

 X Todas las notas de progreso de los últimos 3 años

 X Todas las pruebas de laboratorio de los últimos 12 meses

 X Todos los informes de consultas, salas de emergencia y hospitales, incluidos, entre otros, informes de pacientes hospitalizados y ambulatorios, historial y exámenes físicos de pacientes hospitalizados y resúmenes de alta de pacientes hospitalizados de los últimos 24 meses.

 X Todos los informes de ECG e imágenes, incluidos, entre otros, mamografías, radiografías, tomografías computarizadas, ecografías y resonancias magnéticas de los últimos 5 años.

 X Todos los informes quirúrgicos y patológicos, incluidos, entre otros, cirugía, colonoscopia, broncoscopia, endoscopia, biopsia, cateterismo cardíaco y radiología intervencionista, independientemente de la fecha del procedimiento.

 X Toda la salud mental, VIH/SIDA, abuso de sustancias, tratamiento psiquiátrico/psicológico y enfermedades contagiosas..

Nombre del paciente (**Impreso**) _____

Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social. ____ - ____ - ____

 Firma: _____ Fecha: _____

To:	From:Dr. Cohen, Dr.Eric Rosen and Dr.Beatrice Grumberg
	954-983-8910 phone
	954-985-5781 fax



HIPAA
(LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO)
VIGENTE A PARTIR DEL 9 DE ABRIL DE 2003

Debido a los nuevos mandatos federales y estatales, tenga en cuenta la siguiente información importante.

Cardiac & VeinwoRx, que opera bajo el nombre de Functional MedWoRx, se compromete a mantener y proteger la confidencialidad de la información personal y confidencial de nuestros pacientes. Las leyes federales y estatales nos exigen proteger la privacidad de la información médica y personal de nuestros pacientes. Por lo tanto, hemos implementado los siguientes cambios para garantizar el cumplimiento de estas leyes.

Ya no se nos permite dejar mensajes detallados en el contestador automático ni con familiares. Debemos hablar directamente con el paciente.

****Por favor, proporcione a nuestra oficina su PIN de 4 dígitos para su identificación****
Esto se solicita cuando se comunica con la oficina por teléfono para su protección.

--	--	--	--

Para que cualquier información personal pueda ser entregada a cualquier otra persona que no sea el paciente, se debe completar la siguiente autorización: **Por favor, escriba sus iniciales junto a la(s) opción(es) que elija.**

1.) I _____ Para que cualquier información personal pueda ser entregada a cualquier otra persona que no sea el paciente, se debe completar la siguiente autorización: Por favor, escriba sus iniciales junto a la(s) opción(es) que elija.

2.) Autorizo la divulgación de toda y cualquier información médica sobre mí, ya sea verbalmente o por escrito, a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre:

Relación:

1 _____

2 _____

Nombre del paciente



Firma y fecha del paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

SECCIÓN A: Dar consentimiento al paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____ Seguridad social: _____

SECCIÓN B: Al paciente: Lea atentamente las siguientes declaraciones.

Propósito del consentimiento, al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad. Tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro aviso describe nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, así como los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida, y otros asuntos importantes relacionados con ella. Se adjunta una copia de nuestro Aviso a este Consentimiento. Le recomendamos leerlo detenidamente y en su totalidad antes de firmarlo.

Aviso de Prácticas de Privacidad. Tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro aviso describe nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, así como los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida, y otros asuntos importantes relacionados con ella. Se adjunta una copia de nuestro Aviso a este Consentimiento. Le recomendamos leerlo detenidamente y en su totalidad antes de firmarlo.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Derecho a revocar: Usted tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación enviado a la persona de contacto indicada anteriormente. Tenga en cuenta que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado en virtud de este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o a continuar tratándolo si revoca este consentimiento.
Firma

I, _____ He tenido la oportunidad de leer su Aviso de Prácticas de Privacidad, publicado en su sala de espera, y puedo solicitar una copia de este formulario. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para que utilicen y divulguen mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.



Firma: _____ Fecha: _____

Doy mi permiso para ver mi lista de recetas desde fuentes externas  _____ Inicial

SOLO PARA USO DE OFICINA

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no pudimos obtenerlo porque:

- _____ El individuo se negó a firmar
- _____ Las barreras de comunicación impidieron obtener el reconocimiento
- _____ Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- _____ Otro _____

Cardiac & VeinwoRx

DBA Functional MedWoRx

Dr. Yale Cohen Dr. Beatrice Grumberg Dr. Eric Rosen

3702 Washington St. Suite 305

Hollywood, FL 33021

954-983-8910 Telephone

954-985-5781 Fax

¿Cómo te refirieron a nosotros?

Nombre del PCP _____

Hospital _____

Seguro _____

Amigo / familia _____

Periódico/Internet _____