

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Información demográfica**Por favor, escriba o imprima claramente**

Prefijo: ____: Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección 1: _____ Ciudad: _____

Dirección 2: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono personal : _____

Correo electrónico: _____

Raza: _____ Etnia: _____ Idioma: _____ Se necesita traductor: S / N

Divulgación de información firmada: S / N Lista de Medicina: S / N

Proveedor de atención primaria (solo para uso en el consultorio) _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: M / F SSN: _____

Estado Civil: C / S / D / V

Contacto de emergencia: Nombre: _____ Tel: _____ Correo electrónico: _____

Relación de contacto de emergencia: _____

Seguro: _____

Si su médico necesita contactarse y deja mensaje, cuál es su preferencia: _____

Nombre de la farmacia: _____ Ciudad: _____ Número de teléfono ____ - ____ - ____

Autorizo a Lakeview Healthcare Systems a divulgar a cualquier compañía de seguros/Medicare o sus compañías cualquier información necesaria para procesar y pagar mis reclamos. Permito que una copia de esto se use para ese propósito y para solicitar que el pago del seguro y los beneficios médicos se realicen directamente a Lakeview Healthcare Systems. Entiendo que es obligatorio informar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar cualquier monto deducible, copago o cualquier tarifa porcentual no pagada por la compañía de seguros de terceros dentro de un tiempo razonable que no exceda los 60 días. También autorizo que el pago de mis beneficios de seguro / Medicare se pague directamente a Lakeview Healthcare Systems por mi tratamiento. También entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier cantidad no pagada no pagada por la compañía de seguros y Medicare.

Las regulaciones de seguros sugieren que si le informamos con anticipación si creemos que un servicio puede no estar cubierto o reembolsado por completo por su compañía de seguros. A juicio profesional del Dr. se necesitan ciertos servicios para brindar atención médica de alta calidad y para ayudar a proporcionar un diagnóstico, pero algunos servicios pueden no ser reembolsados por ellos. Los servicios pueden incluir, entre otros, ECG, laboratorios, biopsia, etc. Lakeview Healthcare Systems solo preforma los servicios de tesis cuando sea necesario y los resultados nos ayudarán a brindarle atención médica de calidad.

Acuerdo del paciente: Certifico que he leído y entiendo completamente la información. Entiendo que seré responsable de cualquier pago, o cualquier servicio médicamente necesario en caso de que mi compañía de seguros los niegue. Entiendo que tengo el derecho de aceptar y rechazar el tratamiento médico

_____/_____/20____
Firma Nombre Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Directiva Anticipada / Testamento Vital / Poder Notarial / DNR

Entiendo que tengo derecho a aceptar y rechazar el tratamiento médico y a ejercer mi derecho e implementar una Directiva Anticipada. Una directiva anticipada se refiere a cualquier documento legal que informa a los miembros de la familia y al personal médico cómo desea ser tratado si está hospitalizado y no puede comunicar sus deseos.

Por favor, marque las siguientes declaraciones que correspondan: Nos gustaría una copia para nuestros registros.

_____ He ejecutado una Directiva Anticipada.

_____ NO he ejecutado una Directiva Anticipada.

Marque la(s) que tiene(n) y puede proporcionar copias de ellas a nuestra oficina:

_____ Testamento vital

_____ Poder notarial médico duradero

_____ No resucitar (DNR, por sus siglas en inglés)

_____/_____/20_____
Firma Nombre Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para Recoger Recetas

Puede haber ocasiones en las que necesite que un amigo o familiar recoja una orden de medicamentos recetados (script) en el consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos tener un registro de su nombre. Antes de entregar la receta, la persona designada deberá presentar una identificación válida con fotografía y firmar por la receta.

Marque solo una casilla a continuación.

☐ **No quiero** designar a nadie para que recoja mi receta de medicamentos.

☐ **Deseo** designar a la siguiente persona para que recoja una orden de medicamentos recetados en mi nombre:

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de firma del paciente

Paciente / Padre / Representante del paciente

Nombre del Paciente/Padre/Representante del paciente (en letra de imprenta): _____

Farmacia Primaria: _____ Dirección: _____

Teléfono de la farmacia: _____ Fax de la farmacia: _____

Firma

Nombre

_____/_____/20_____
Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario de autorización de privacidad de HIPAA
Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

Autorizo a Lakeview Healthcare Systems a usar y divulgar mi información de salud protegida como se describe a continuación:

1. Alcance de la información que se divulgará:
 - a. Autorizo la divulgación de mi expediente de salud COMPLETO (incluyendo registros relacionados con mi salud mental, así como el tratamiento de abuso de alcohol y /o drogas: **Iniciales:** _____)
 - b. Autorizo la divulgación de mi expediente COMPLETO con la **EXCEPCION** de la siguiente información: (por favor inicie al lado de los expedientes que excluye)
 1. _____ Expediente de Salud Mental
 2. _____ Tratamiento por Abuso de Alcohol/Drogas
 3. _____ Otro: (favor de especificar): _____
2. Esta información médica puede ser utilizada por la entidad que autorizo a recibir esta información para tratamiento médico, consulta, facturación / reclamos, pagos u otros fines que yo pueda indicar.
3. Esta autorización estará vigente y en vigor hasta:
 - a. _____ (fecha)
 - b. Doce meses a partir de la fecha en que se firma este formulario. **Iniciales:** _____
4. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Además, entiendo que para revocar debo presentarlo por escrito. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona / entidad ya haya actuado en dependencia de mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.
5. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción y / o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a si firmo esta autorización.
6. Entiendo que la información utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes federales o estatales.
7. Autorizo la divulgación de información, que incluya diagnósticos, registros, exámenes que se me hicieron y datos de reclamos, a las siguientes personas:
 - a. Esposo(a): Nombre: _____
 - b. Hijos(as): Nombre(s) _____
 - c. Otro (favor de indicar su relación) _____
8. Los mensajes sobre mi atención médica:
 - a. _____ (inicial) Pueden dejarse en cualquiera de mis sistemas de mensajes utilizando los números que he proporcionado.
 - b. _____ (inicial) NO pueden dejarse en ningún sistema de mensajería. En su lugar, me gustaría recibir un mensaje para devolver la llamada al proveedor.

Firma del paciente/Representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre del representante (si corresponde): _____ Relación: _____

Si está firmado por el representante, motivo por el que el paciente no puede firmar:

_____/_____/20_____
Firma Nombre Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para Divulgar Información Confidencial☐ **STAT Por favor** ☐ **Urgente (2-3 días laborables)** ☐ **Rutina**

Apellido/s: _____ Nombre: _____

Últimos 4 de su #SS: _____ Fecha de Nacimiento: DD/MM/AAAA - ____/____/____

Por la presente autorizo que se entregue una copia de mis registros médicos al siguiente:

Lakeview Healthcare Systems:**Phone:****Fax:**☐ Últimos dos años ☐ Ultima visita a hospital ☐ Ultima visita a sala de emergencia**Para uso de oficina:****Liberar Registros DE:** Tel: _____ Fax: _____

Dr.: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

☐ Expediente completo☐ PFTs ☐ ECHO ☐ LABS ☐ CT ☐ CXR ☐ US ☐ EKG**Por favor inicie junto a la opción de su elección:**☐ Este formulario de liberación es para cubrir TODOS los registros contenidos en mi historial médico para incluir psicoterapia, Drogas y cualquier tratamiento de alcohol☐ Este formulario de liberación es para cubrir TODOS los registros contenidos en mi historial médico, EXCEPTO:☐ Cualquier registro / tratamiento psiquiátrico☐ Cualquier registro / tratamiento relacionado con drogas☐ Cualquier registro / tratamiento relacionado con el alcohol

Entiendo que el propósito de la divulgación de registros es para la continuidad de mi atención médica. La información contenida en mi(s) expediente(s) médico(s) puede incluir diagnósticos, evaluación y/o tratamiento de cualquier condición(es) mental(es) o emocional(es). Esto también puede incluir afecciones y tratamientos relacionados con el alcohol y/o las drogas. La información relativa a la infección por VIH con cualquier agente causal probable del SIDA también se considera parte de mi historial médico. La caducidad de esta versión es de un año a partir de la fecha de firma. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a Lakeview Healthcare Systems. La revocación por escrito entrará en vigencia en la fecha en que sea recibida por la oficina de Lakeview Healthcare Systems. Cualquier información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las Regulaciones Federales de Privacidad. Al autorizar el uso o la divulgación de información, no se impondrán condiciones a mi atención médica ni al pago de mi atención médica. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado. De conformidad con la ley del Estado de Florida, es posible que deba pagar una tarifa por cualquier recuperación y fotocopia de registros y/o inspección de supervisión de registros médicos.

Firma_____
Nombre_____/_____/20_____
Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario de Responsabilidad del Paciente

1. El paciente es responsable por proporcionar a Lakeview Healthcare Systems la información más correcta, activa y actualizada sobre su seguro antes de cada visita.
2. Lakeview Healthcare Systems facturará al seguro proporcionado más recientemente por el paciente. Si la información proporcionada por el paciente es inexacta y el seguro rechaza el reclamo, el paciente será responsable del saldo de la visita. Tenga en cuenta que con algunas compañías de seguros hay plazos de presentación oportunos y es fundamental proporcionar información correcta en el momento del servicio. La presentación oportuna significa que es posible que el plan de seguro del paciente no pague el reclamo después de un cierto período de tiempo después del servicio.
3. Los pacientes son responsables del pago de los copagos en el momento del servicio.
4. Los pacientes son responsables de pagar cualquier coseguro aplicable, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro.
5. Lakeview Healthcare Systems no es responsable de saber qué cubre o no cubre cada plan de seguro individual. Si el paciente tiene preguntas sobre su plan y qué servicios están cubiertos, debe comunicarse con su compañía de seguros de salud.
6. En caso de que el plan de salud de un paciente determine que un servicio *es "no pagadero"*, el paciente será responsable del cargo completo y aceptará pagar los costos de todos los servicios prestados.
7. Los pacientes tienen derecho a consultar con su seguro sobre la cobertura antes de recibir cualquier servicio prestado por Lakeview Healthcare Systems
8. La póliza de seguro de salud del paciente es un contrato entre el paciente y su compañía de seguros de salud o empleador. Es responsabilidad del paciente saber si su seguro tiene reglas o regulaciones específicas, como la necesidad de referencias, precertificaciones, autorizaciones previas y límites en los cargos para pacientes ambulatorios, independientemente de si nuestros médicos participan.
9. El paciente es responsable de saber si nuestro médico está dentro de la red de su plan de seguro y si los servicios están cubiertos. Cualquier saldo aplicado a una tarifa fuera de la red será responsabilidad del paciente.
10. Si el paciente no tiene seguro, el paciente se compromete a pagar por los servicios médicos que se le presten en el momento del servicio.
11. Es posible que Medicare no cubra algunos de los servicios que recomienda el médico del paciente. Se informará al paciente con anticipación y se le entregará un Aviso Anticipado de Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés) para que lo lea y firme. El ABN ayudará al paciente a decidir si desea recibir servicios, sabiendo que puede ser responsable del pago. Los pacientes deben leer atentamente el ABN.
12. El paciente acepta que, a cambio de los servicios que le brinda Lakeview Healthcare Systems, pagará su cuenta en el momento en que se preste el servicio o en el momento del procesamiento de la reclamación del seguro. Si es necesario un plan de pago, el paciente entiende que el acuerdo es solo para saldos vencidos y que todos los copagos, coseguros y/o deducibles futuros, deben pagarse en el momento del servicio. Si los copagos, coseguros y/o deducibles son asignados por la compañía de seguros o el plan de salud del paciente, éstos acuerdan pagarlos a Lakeview Healthcare Systems.

Compensación Laboral y Reclamos de Automóviles

Lakeview Healthcare Systems **no** acepta y/o presenta reclamos de compensación laboral o de automóviles.

He leído lo anterior y entiendo el contenido de este formulario. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta y estoy satisfecho con mi conocimiento actual sobre las políticas de Lakeview Healthcare Systems con respecto a las responsabilidades del paciente.

Firma

Nombre

_____/_____/20_____
Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario de consentimiento para tratar

1. Yo _____ (nombre del paciente) doy permiso para que **Lakeview Healthcare Systems** me brinde tratamiento médico.
2. Autorizo a **Lakeview Healthcare Systems** solicitar beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.
3. Yo entiendo que:
 - **Lakeview Healthcare Systems** tendrá que enviar la información de mi expediente médico a mi compañía de seguros.
 - Debo pagar mi parte de los costos.
 - Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro.
4. Yo entiendo que:
 - Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
 - Tengo derecho a hablar de todos los tratamientos médicos con mi médico.

Firma

Nombre

_____/_____/20_____
Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué lo trae a verme hoy?

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?: ☐ Penicilina ☐ Sulfa ☐ Tetraciclina ☐ _____

Historial de salud familiar

Esto se refiere SOLO sus parientes de sangre (genéticos)

Tipo de relacion	Con vida (V) o fallecido (F)	Edad actual/edad a fallecimiento	Causa de Muerte (si aplica)	Condiciones de salud que deberíamos saber
Padre				
Madre				
Hermano(s)				
Hermana(s)				
Abuelo materno				
Abuela materna				
Abuelo paterno				
Abuela paterna				
Hijos (as)				
☐ Fui adoptado (a)				

Su(s) condiciones de salud crónicas

Condición crónica	Año en que fue diagnosticado/a	Condición crónica	Año en que fue diagnosticado/a
Diabetes		Hipertensión	
☐ COPD ☐ Bronquitis ☐ Asma		Colesterol alto	
☐ CAD ☐ Ataque al corazón		Hipotiroidismo	
Fallo cardiac congestivo		Depresión (en su vida)	
☐ Marcapasos ☐ Desfibrilador		Reflujo acido (GERD)	
☐ Fibrilación auricular (AFib) ☐ Arritmia cardíaca		☐ Cirrosis ☐ Hepatitis A B C	
Enfermedad vascular periférica		☐ Gota ☐ Osteoartritis	
☐ DVT ☐ PE (coágulo de sangre)		Disfuncion erectil	
Dolor de pecho estable (angina)		Apnea del sueño	
☐ Convulsiones ☐ epilepsia		☐ Cataratas ☐ Glaucoma	
☐ Derrame cerebral (Stroke)		Parkinsons	
☐ Ataque isquemático transitorio (TIA)		Válvula: ☐ Mecánica ☐ Cerdo ☐ Vaca	
☐ Demencia ☐ Alzheimer		Cáncer:	
Artritis reumatoide		☐ Chemo Tx ☐ Radiación	
☐ VIH ☐ SIDA		Dependencia ☐ drogas ☐ alcohol	
Neuropatía ☐ mano/brazo(s) ☐ pies/pierna(s)			

Firma

Nombre

Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Migrañas		Amputación: ¿dónde?	
----------	--	---------------------	--

Revisión de sistemas

Por favor, circule todo lo que ha experimentado en los **últimos 6 meses**

Fiebre / Escalofríos	Mareos/vueltas	Desmayo	Olvido	Dolor de cabeza
Sudoración	Debilidad	Pérdida/aumento de peso	Entumecimiento	Nerviosismo
Ronquidos fuertes	Sueno durante el día	Problemas para dormir	Desequilibrio	Urticaria/erupción (rash)
Diarrea	Indigestión/acidez	Estreñimiento	Náuseas	Vómito
Sangrado rectal	Heces de color oscuro	Dolor abdominal	Orina frecuente	Sangre en la orina
Dolor al orinar	Incontinencia urinaria	Problemas al tragar	Hematomas	Picor
Cambios en la piel	Llagas que no curan	Cambios en la visión	Dolor de oídos	Pérdida de audición
Secreción del oído	Ronquera	Zumbido en los oídos	Sangrado de la nariz	Dolor de garganta
Problemas sinusales	Problemas con los dientes /encías	Congestión	Tos	Dificultad para respirar
Palpitaciones	Dolor/malestar en el pecho	Hinchazón de las piernas	Varices	Dolor en las piernas al caminar
Sed	Hambre	Frío/ardor en los pies	Dolor articular	Secreción de los senos/pezones
Secreción vaginal	Masa en el seno	Secreción del pene	Masa en el testículo	Coito doloroso

Historial de fumar: ☐ NUNCA e fumado ☐ fumador ACTUAL ☐ EX fumador

Yo actualmente fumo: ____ (cantidad de paquetes diarios) por ____ (cantidad de años)

Yo antes fumaba: ____ (cantidad de paquetes diarios) por ____ (cantidad de años) y dejé de en ____ (año)

Historial de alcohol: ☐ Nunca he tomado ☐ actual tomador ☐ Antes tomaba y ahora no

Yo actualmente tomo ____ (cantidad de bebidas alcohólicas) ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual

Yo antes tomaba ____ (cantidad de bebidas alcohólicas) ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual

Yo deje de tomar en ____ (año). He asistido a AA en el pasado ____ NO ____ SÍ

_____/_____/20_____
Firma Nombre Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial de Drogas Ilícitas: He usado drogas ilícitas: ☐ NUNCA ☐ ACTUALMENTE ☐ ANTES

Tipo de droga: ☐ Marihuana ☐ Cocaína ☐ Metanfetamina ☐ Heroína ☐ Otra: _____

Prevención y mantenimiento de su salud

Indique la fecha de la **inyección/procedimiento** MÁS RECIENTE

Tipo	MM/DD/AAAA	Tipo	MM/DD/AAAA	Tipo	MM/DD/AAAA
Vacuna de influenza (flu)		Mamografía		Cateterización cardíaca	
Vacuna Covid		Endoscopia (EGD) Y N de Barrett	_____	Culebrilla (shingles)	
Vacuna contra la pulmonía		Papanicolaou Última mens: Histerectomía: Y N	_____ _____	ECHO (ultrasonido del corazón)	
Herpes zóster		Densidad ósea (DEXA)		Prueba de estrés	
Serie de hepatitis B		Colonoscopia Polipos: Y N		Radiografía de pecho	
Examen de la vista				Examen de próstata / PSA	

Transfusión de sangre (s)

Indique las fechas y el motivo de la transfusión (es)

Fecha(s)	Razón (es)

Hospitalizaciones en el último año

Motivo de la hospitalización

Fecha

Historia quirúrgica (todas las cirugías mayores)

Tipo de procedimiento

Fecha

Firma

Nombre

_____/_____/20_____
Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Fracturas

Tipo/ Hueso	Fecha

Trasplante

Tipo	Fecha

Enumere todos los medicamentos en las siguientes tablas. Por favor, preste atención a los encabezados de las tablas.

MEDICAMENTOS SIN RECETA

Nombre del medicamento	Dosis	Cuántas veces al día
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario

MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) POR EL MÉDICO

Nombre del medicamento	Dosis	Cuántas veces al día
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario

_____/_____/20_____
 Firma Nombre Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario
		1 2 3 4 ☐ según sea necesario

Otros proveedores que participan en mi cuidado de salud

Tipo	Nombre del Doctor	Número de teléfono
Cardiólogo		
Dermatólogo		
ENT (oído/nariz/garganta)		
Gastroenterólogo		
Ginecologo		
Nefrólogo		
Oncólogo		
Oftalmólogo		
Ortopeda		
Psiquiatra (consejero)		
Neumólogo		
Reumatólogo		
Urólogo		
Pulmonólogo		

_____/_____/20_____
 Firma Nombre Fecha

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi último médico de atención primaria fue:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Escala de sueño

Fecha en que se completó esta forma: _____

En los pasados **SEIS (6) meses**,

¿Qué posibilidades hay de que se dormite o que se quede dormido en las siguientes situaciones?

Utilice la siguiente escala para seleccionar el número más apropiado para cada situación enumerada.

0= nunca dormita

1 = ligera posibilidad de dormirar

2= probabilidad moderada de dormirar

3= alta probabilidad de dormirar

Situación

**Posibilidad de dormirar
(seleccione # desde arriba)**

Sentarse y leer _____

Viendo televisión _____

Sentado inactivo en un lugar público (teatro/reunión) _____

Como pasajero en un cuidado x 1 hora sin descanso _____

Como pasajero en un automóvil mientras está detenido en el tráfico _____

Acostado para descansar en la tarde _____

Sentado y conversar con un amigo _____

Sentado en silencio después del almuerzo sin alcohol _____

TOTAL: _____

_____/_____/20_____
Firma Nombre Fecha