

Advanced Internal Medicine Care
FORMA DE REGISTRACIÓN

Fecha: _____

Chart # _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Etnia: Reusa reportar
Nombre:		/ /		M F	Latino Non Latino
2 Nombre:					
Raza: American, Indian, Alaska Native Asian Native Hawaiian or other pacific Islander White Black or African American Hispano Other Race		Estado Marital (Marque uno) Solter@ / Cas / Div / Sep / Viu		Correo electrónico:	
Dirección:		P.O. box:	Ciudad:	Estado:	Correo Postal:
					Lenguaje Primario: Inglés Español Otro
Télefono local: ()	Celular: () . .	Ocupación:	Empleador:		Télefono de empleador: ()

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Please give your insurance card to the receptionist.)

Por favor indique su seguro primario: MEDICARE MEDICAID BCBS UHC CIGNA AETNA HUMANA POLK PLAN SELFPAY

Nombre del suscriptor:	S.S. del suscriptor.:	Fecha de Nacimiento:	Número de grupo:	Número de poliza:	Co-pago:
		/ /			\$

Relacion del paciente con el suscriptor: Suscriptor Espos@ Hij@ Otro:

Nombre del seguro secundario (si tiene):	Nombre del suscriptor:	Número de grupo:	Número de poliza:

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amig@ cercano o pariente (que no viva con usted):	Relación con el paciente:	Télefono Local: ()	Télefono del trabajo: ()
--	---------------------------	------------------------	------------------------------

Autorización para revelar información médica

-Yo no permito que ningún tipo de información relacionado con mi salud sea revelada a otras personas distintas a mi ó mi representante legal.

-Yo Permito que Advanced Internal Medicine Care, P.A. revele información médica a las personas aquí mencionadas con respecto a citas, resultados de laboratorios, exámenes diagnósticos, etc. Con la única excepción de resultados pertinentes a enfermedades de transmision sexual o HIV, estas requieren un consentimiento adicional

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Autorización para tratamientos/Consentimiento de medicamentos/Pago de beneficios al médico/Release information/Release medical records

Por medio de esta forma autorizo completamente a Advanced Internal Medicine Care, P.A. y sus empleados Para tratarme por mis condiciones médicas y enfermedades.

I present to them. I also consent all laboratory exams and office procedures they may consider necessary for my treatment. I also agree to read any and all package inserts of any medication prescribed to me and ask all the questions before taking such medications. If any samples are provided to me, I further agree to ask all questions risks and benefits and ask for the package insert and to read in detail before taking these samples. I also agree to comply with the medical recommendations and follow up appointments given to me; failure to do so may affect seriously my health and my life. I also agree if I missed two appointments in a consecutive basis I may be dismissed from the practice for failure to follow up.

I authorize payments directly to Advanced Internal Medicine Care of the medical benefits, if any, otherwise payable to me for their services as described, realizing I am responsible to pay non-covered services and co-payments as required by my insurance. I understand that my co-pay/co-insurance/deductible must be collected before services are rendered.

I certify this information is true and correct to the best of my knowledge. I will notify you of any changes in my status of the above information.

I hereby also authorize Dario Cardona, MD to release any information acquired in the course of my treatment necessary to process insurance claims and to any consulting physician I may be referred to. If my insurance is an HMO or PPO, it is my responsibility to ensure Dario Cardona, MD is listed as my primary care physician.

I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. The authorization is in force until it is either canceled or changed by me and so noted in writing. **By signing below, I agree that I have read carefully the above statements and agree with all provisions and authorizations set forth in said statement.**

Patient signature: _____ **Date:** ___/___/___

HISTORIA MEDICA

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y harán parte de su historia médica.

Fecha: _____

Chart #: _____

Nombre (Apellido, Primer, segundo.): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de nacimiento:
HISTORIA MEDICA PERSONAL		
Fechas de inmunizaciones: <input type="checkbox"/> Tétano <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Influenza	Hospitalizaciones o cirugías:	Problemas de salud que otros médicos han diagnosticado:

Farmacia		
Nombre de la farmacia: _____	Dirección: _____	Telefono: _____
Escriba sus medicamentos incluyendo los que no necesitan prescripción médica:	Alérgias a medicamentos: (Por favor escriba el nombre del medicamento y la reacción que le produce).	

HABITOS DE SALUD Y CUIDADO PERSONAL			
Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentarismo (No hace ejercicio) <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Normalmente		
Cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Té <input type="checkbox"/> Soda	# de vasos o botellas diarias: _____	
Alcohol	Toma alcohol? _____ Cuantos se toma diarios? _____		
Tabaco	Fuma? _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos # de cajas por día: _____	<input type="checkbox"/> Mastica tabaco # por día: _____	<input type="checkbox"/> Pipa # por día: _____ <input type="checkbox"/> Cigarros # por día: _____
	<input type="checkbox"/> # por año: _____	<input type="checkbox"/> # Por meses: _____	
Drogas	Utiliza frecuentemente drogas? _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguridad personal	Vive solo(a)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Si No, Con quien vive? _____		
	Tiene directiva anticipada o testamento vital? _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Necesita informacion sobre como preparar estos? _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

HISTORIA MEDICA FAMILIAR						
	Papa	Mama	Abuela	Abuelo	Hermano(a)	Hijo(a)
Enfermedad del Corazon						
Alta Presion Sanguinea						
Derrame Cerebral						
Cancer						
Diabetes						
Otro						

MUJER SOLAMENTE	
Fecha ultima de menstruacion: _____ Periodo cada _____ dias	Fecha de ultima mamografia ____/____/____ Normal Abnormal
Esta embarazada o Amamantado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No No. de embarazos _____ No. de nacidos vivos _____	Ultimo papanicolau y examen rectal ____/____/____ Normal Abnormal

HOMBRE SOLAMENTE	
Se levanta en la noche a orinar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así cuantas veces _____	
Ha disminuido la fuerza en la orina? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha del ultimo examen rectal o de la prostata? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

QUESTIONARIO

Fecha: ___/___/___ **Nombre :** _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___

Necesita ayuda al : Asearse **S/N** Vestirse **S/N** Usar el baño **S/N** Tareas del hogar **S/N** Bañarse **S/N**
 Ir de compras **S/N** Preparar comida **S/N** Alimietarse **Y/N** Caminar **S/N** Pararse o sentarse en una silla **S/N**

Necesitas ayuda para caminar? **S/N**. Al escojer sí, por favor marcar una de las siguientes: Otra persona; bastón; Caminador; Silla de ruedas ; Protesis _____

Tiene alguna discapacidad auditiva? **S/N**. Al escojer sí, por favor responder lo siguiente: Algún audífono, aparato auditivo, otro. Cual? _____

Tiene alguna discapacidad visual? **S/N**. Al escojer sí, por favor marcar una de las siguientes: Gafas; Lentes de contacto; Cataratas; Glaucoma; Degeneración Ocular; Retinopatía ocular; Otra _____

Fecha del último examen: _____ **Hecho por:** _____

Trata de estar activo diariamente? **S/N**

Tiene algún dolor crónico diario. Por favor describalo en la siguiente escala:

Localización: _____

POR FAVOR SELECCIONE UN NÚMERO DEL 0 AL 10 QUE MEJOR DESCRIBA EL DOLOR:

Sin dolor

Normal

Mucho dolor

|___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___|

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POR FAVOR SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES CARAS QUE DESCRIBA MEJOR COMO SE SIENTE:



Ha tenido alguna caída durante el ultimo año? **S/N** Al escojer sí, por favor esciba el número de veces: _____

Tiene algún problema controlando su vejiga? **S/N**

Tiene Directiva anticipada de la atención de la salud? Desiciones para el final de su vida? **S/N**. Carta de sustituto para tomar desiciones por usted? **S/N**. Si no tiene ninguna de las anteriores por favor hablar sus opciones con el médico.

Si tiene 50 años o más, se ha realizado una Colonoscopia? **S/N**

Fecha en la que se realizó: _____ Hecho por: _____ Resultado: Normal ___ Abnormal ___

Si es mujer y tiene 40 años o más, se ha realizado una Mamografia? **S/N**

Fecha en la que se realizó: _____ Hecho por: _____ Resultado: Normal ___ Abnormal ___

Si es mujer, se ha realizado un papanicolaou? **S/N**

Fecha en la que se realizó: _____ Hecho por: _____ Resultado: Normal ___ Abnormal ___

Advanced Internal Medicine Care, P.A

POLIZAS DE LA OFFICINA

Nuestra oficina verifica todos los seguros de salud con anticipacion de su proxima visita. La información obtenida de su seguro de salud no es una garantía de pago, es solo un resumen de los beneficios de la compañía de seguros.

POLIZA DE PAGOS

Todos los pagos son requeridos al momento en que los servicios son prestados a menos de que algun acuerdo sea anteriormente hecho. En estos requerimientos se incluyen co-pagos y porcentaje de co-partícipe. Nuestra oficina acepta pagos en efectivo, cheques y tarjetas de credito. Hay un cargo incluido por cheques no válidos de \$25.00. Co-pagos son requeridos al momento de su visita. Todo paciente incapaz de cubrir su co-pago deberá cambiar su cita para otra fecha.

Pacientes con deducibles en su poliza de seguros deberá pagar un depósito de \$120.00 por su primera visita y \$90.00 por cada cita de seguimiento hasta que el deducible sea cubierto. Estos pagos deben ser hechos al momento de su cita. Sí el paciente tiene creditos en su cuenta, estos serán aplicados para su proxima visita o retornados en caso de que una proxima cita no sea necesaria.

Pacientes con balances pendientes en su cuenta, por favor comunicarse con nuestro departamento de cobros para crear un plan de pago. Después de un segundo intento de cobro su cuenta sera respotada a una agencia de cobros

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS (REFILLS)

Medicamentos deberán ser solicitados durante la visita con su médico. Para solicitar una nueva receta de sus medicamentos por teléfono, debe permitir 48 horas para procesar su solicitud. Estos no serán autorizados si el paciente no ha visitado su médico en los ultimos 3 meses. Entiendo que Advanced Internal Medicine Care tiene el derecho de solicitar un reporte de sus medicamentos en las farmacias.

HISTORIAL MÉDICO

Pacientes solicitando su historial médico deberán firmar una autorización para liberar información personal. Un cargo será incluido de \$1.00 por pagina en las primeras 25 paginas y \$0.50 centavos por cada pagina adicional. Al momento de recoger historiales medicos en la officina, deberá presentar su identificación personal. Ningún tipo de información podrá ser enviada por correo, esto con el fin de proteger su información personal.

SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Nuestros proveedores de salud son participantes de la parte B del programa de Medicare; por tanto estamos obligados a omitir la diferencia entre el pago de Medicare por los servicios prestados “Cargos permitidos” al paciente y nuestros cargos usuales.

Medicare cubre el 80% de los “Cargos permitidos”. El 20% restante correspondiente al co-pago y los deducibles anuales son responsabilidad del paciente dictado por la ley federal.

INASISTENCIA

Un cargo de \$25.00 será aplicado por inasistencia a todo paciente incumpliendo con la cancelación o reprogramación de citas con 24 horas de anticipación

SEGUROS DE TURISTAS PARA PACIENTES INTERNACIONALES

Cualquier paciente internacional con un seguro de salud Canadiense ó con seguro de viajeros, automaticamente deberá ser responsable de pagar los servicios prestados al momento de su cita. El paciente es responsable de reclamar sus pagos con la compañía de seguros

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

UNA COPIA SERÁ GUARDADA EN SU HISTORIAL MÉDICO

Advanced Internal Medicine Care

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Previous Name: _____ Social Security #: _____

I request and authorize
(Physician/Clinic Name): _____

To release healthcare information of the patient named above to:
Advanced Internal Medicine Care P.A.
5425 S. Florida Ave.
Lakeland FL 33813
Phone (863)644-3585
Fax (863) 644-3171

This request and authorization applies to:

Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates: _____

All healthcare information

Other: _____

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereum, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

Yes No I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

Yes No I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

Patient Signature: _____ Date Signed: _____

THIS AUTHORIZATION EXPIRES NINETY DAYS AFTER IT IS SIGNED.