



Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido, Primero, M.I.): _____

Fecha de nacimiento: __/__/__ **Número de seguridad social:** _____

Sexo (Circulé Uno): Hombre /Mujer

Raza (Círculo Uno): Asiático / Africano / Indio Americano / Hawaiano/ Islas del Pacífico / Blanco

Etnicidad: Hispano / No Hispano **Lenguaje preferido:** _____

Dirección: _____ **Número de Apt. / Unida:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Referido por (Círculo Uno): Plan de seguro/Hospital/Miembro familiar/Amigo/Páginas amarillas/Médico/Otro

Si lo remite un médico, especifique qué médico: _____

En caso de una emergencia, por favor póngase en contacto con: _____

Número de teléfono: _____ **Relación con el paciente:** _____

Médico Anterior de Atención Primaria: _____ **Número de teléfono:** _____

Farmacia Preferida: _____ **Teléfono de Farmacia:** _____

Información Del Seguro

(Por favor entregue sus tarjetas de seguro y de identificación a la recepcionista)

Nombre del Asegurado: _____ **Fecha de Nacimiento:** __/__/__ **SSN:** _____

Dirección: _____ **Relación con el Paciente:** _____

Seguro primario: _____ **Número de póliza:** _____

Seguro secundario: _____ **Número de póliza:** _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente / Guardián: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____



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

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

Motivo de la visita: () Físico () Actualización de la Vacuna () Otros Síntomas: _____

¿Las vacunas de su hijo/a están actualizadas?: Si () No () (Por favor proporcione los registros a la Recepción).

¿Su hijo está tomando algún medicamento?: No () Si ()

Medicaciones actuales: _____

¿Cuál es la situación de vivienda actual del niño/a? () Vive con ambos padres () Vive con un padre
() Vive con parientes () Vive con la familia adoptada () Vive en el hogar grupal

Historia de Nacimiento

() No sé el historial de nacimiento

Lugar de nacimiento (nombre del hospital):

El bebé fue dado de alta del hospital con madre? () Sí () No Si no, explique: _____

Tipo de parto: () Cesárea vaginal () Por cesárea, ¿por qué? _____

Nació el bebé: () Término () Temprano () Tarde Si es temprano, ¿cuántas semanas de gestación? _____

Su bebé tuvo alguna complicación inmediatamente después del nacimiento? () Sí () No Explique _____

La madre tuvo alguna enfermedad o problema durante el embarazo? () Sí () No Explique _____ Durante el embarazo, ¿la madre:

Fumar: () Si () No Beber alcohol: () Si () No Drogas usadas o tomar medicamento(s): () Si () No

Que droga / medicamento (s): _____ Cuando: _____

Alimentación inicial:

() Leche materna () Fórmula () Ambos alimentación, qué tipo de fórmula? _____

Hitos del Desarrollo:

Qué edad se volvió el niño: _____ Qué edad se sentó el niño: _____ ¿A qué edad se levantó el niño?

Qué edad el niño camina solo: _____ Qué edad habló el niño (mamá, papá, etc.): _____

A qué edad el niño deja de usar pañales: _____ ¿A qué edad el niño comenzó a escribir cartas? _____

Qué grado escolar tiene su hijo actualmente inscripto?: _____

Para las niñas: ¿a qué edad fue su primer período?: _____ ¿Cuándo fue su último período?: _____

Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? No () Sí () Explique: _____

Le han operado alguna vez a su hijo? No () Sí () Explique: _____

Su hijo actualmente está sufriendo o ha sufrido alguna enfermedad? No () Sí () Explique: _____

Su hijo es alérgico a algún medicamento o producto alimenticio? No () Sí () Explique: _____



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

Historia Médica Pasada

Tiene su hijo, o ha tenido alguna de las siguientes opciones (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/>	Varicela / Sarampión / Paperas / Rubéola	<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes del oído
<input type="checkbox"/>	Problemas con los oídos / audición	<input type="checkbox"/>	Alergias nasales / ambientales
<input type="checkbox"/>	Problemas con los ojos / visión	<input type="checkbox"/>	Asma / Sibilancias
<input type="checkbox"/>	Bronquitis / Bronquiolitis / Neumonía	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos / Soplo cardíaco
<input type="checkbox"/>	Convulsiones / Convulsiones / epilepsia	<input type="checkbox"/>	Anemia / Células falciformes / Trastorno de sangrado
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal frecuente / Estreñimiento severo
<input type="checkbox"/>	Diabetes / elevada o baja en azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	Infección de riñón / vejiga
<input type="checkbox"/>	Eczema / Otra condición crónica o recurrente de la piel	<input type="checkbox"/>	Condiciones tiroideas / endocrinas
<input type="checkbox"/>	Mojar la cama (después de los 5 años)	<input type="checkbox"/>	Uso de drogas o alcohol
<input type="checkbox"/>	Enfermedades inmunitarias (VIH o sida)	<input type="checkbox"/>	Cáncer Tipo de: _____

Cualquier otro problema médico significativo: _____

Historia Médica De Familiar Biológica

Has any of your family members had any of the following (Please check all that apply.):

✓	Illness/Condition	Family Member/Comment
<input type="checkbox"/>	Hipertensión (antes de los 50 años)	
<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto (antes de los 50 años)	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardíaca (antes de los 50 años)	
<input type="checkbox"/>	Diabetes (antes de los 50 años)	
<input type="checkbox"/>	Tipo de cáncer: _____	
<input type="checkbox"/>	Alergias Nasales / Ambientales	
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado	
<input type="checkbox"/>	Trastornos Mentales / Retraso	
<input type="checkbox"/>	Sordo	
<input type="checkbox"/>	Asma	
<input type="checkbox"/>	Anemia / Células falciformes / Trastorno hemorrágico	
<input type="checkbox"/>	Convulsiones / Convulsiones / Epilepsia	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Inmunes (VIH o SIDA)	
<input type="checkbox"/>	Mojar la cama (después de los 10 años)	
<input type="checkbox"/>	Uso de drogas o alcohol	

Cualquier otro problema médico significativo: _____



Consentimiento para el Tratamiento, Diagnóstico y / o Procedimientos Terapéuticos

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Por la presente consiento y autorizo a un médico del Amicus Medical Centers ya cualquier otro Profesional de la Salud designado para realizar un examen físico y procedimientos de diagnóstico de rutina sobre mí. Por la presente autorizo a Amicus Medical Centers a utilizar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Yo también consiento y autorizo a Amicus Medical Centers a prescribir un régimen terapéutico que seguiré.

A menos que me niegue explícitamente, consiento que los procedimientos de diagnóstico ordenados por el médico del Amicus Medical Centers se puedan realizar a pesar de los riesgos involucrados y las complicaciones que pudieran estar involucradas, las cuales me fueron explicadas en el momento en que fueron ordenadas.

Firma: _____

Paciente o Representante Autorizado del Paciente

Nombre Impreso: _____

Fecha/Hora: _____

Testigo: _____



Autorización para Cobrar Seguro de Salud / Asignación de Beneficios

Yo _____ (imprime tu nombre) por la presente doy permiso completo y autorizo a **Amicus Medical Centers - Corporate Billing Center**, a facturar _____ (nombre de la compañía de seguros) por servicios prestados por **Amicus Medical Centers**. También acepto que cualquier cheque o pago hecho por dicha compañía de seguros sea pagadero y entregable a:

Amicus Medical Centers, LLC – Corporate Billing Center

1300 Concord Terrace

Suite 210

Sunrise, FL 33323

Al firmar este documento, también acepto las siguientes declaraciones:

Entiendo que soy responsable de entender la información sobre mi póliza de seguro de salud y proporcionar dicha información a **Amicus Medical Centers**, para la facturación correcta. También soy responsable de notificar a **Amicus Medical Centers** en caso de cambio de mi estado de seguro de salud - beneficios inclusivos y cualquier información que reciba relacionada con la atención que tengo o voy a recibir en esta oficina.

Entiendo que **Amicus Medical Centers** proporcionará servicios y facturará mi seguro médico para esos servicios en varias ocasiones durante el curso de mi atención en esta oficina. Entiendo que en última instancia, soy responsable de todos los pagos relacionados con todos y cada uno de los cargos relacionados con el tratamiento y los servicios que he recibido en **Amicus Medical Centers** durante mi atención. También entiendo que mi compañía de seguros y el plan de póliza relacionado pueden ofrecer beneficios por los servicios proporcionados en **Amicus Medical Centers** pero que tales beneficios no garantizan necesariamente el pago de esos servicios.

Entiendo que la política de **Amicus Medical Centers** exige el pago completo de todos los servicios prestados en el momento de la visita, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. Si mi cuenta no se paga dentro de los 90 días de la fecha de servicio y no se han hecho otros arreglos financieros, seré responsable de todos los honorarios legales, honorarios de agencia de cobranza y cualquier otro gasto incurrido en la recolección de mi cuenta. Entiendo la información anterior y estoy de acuerdo en que mi historial de salud y la información relacionada se completaron correctamente según mi mejor conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad avisar a **Amicus Medical Centers** de cualquier cambio en mi estado médico o cobertura de seguro.

El abajo se comprometerán a respetar y acatar todas las declaraciones hechas anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre Impreso del Paciente

Fecha



E-Prescripción Formulario de Consentimiento PBM

E-prescripción se define como la habilidad de un médico para enviar electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente recetas es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente.

Los datos de beneficios se mantienen para los proveedores de seguro de salud por organizaciones conocidas como Administradores de Beneficios de Farmacia (PBM). Los PBM son administradores de terceros de programas de medicamentos recetados cuyas principales responsabilidades son procesar y pagar reclamos de medicamentos recetados. También desarrollan y mantienen formularios, que son listas de medicamentos dispensables cubiertos por un plan de beneficios de medicamentos en particular.

La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un programa de e-prescribir.

Esto Incluye:

- Transacciones de formularios y beneficios - Le da al prescriptor información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones en el historial de medicamentos: Proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando, recetados por cualquier proveedor, para minimizar el número de eventos adversos a medicamentos.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está de acuerdo en que los **Amicus Medical Centers** pueden solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o pagadores de beneficios de farmacia de terceros con fines de tratamiento.

Firmado: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Si es firmado por el Representante,

Nombre del Representante: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____



RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de **Amicus Medical Center**. Reconozco que tuve la oportunidad de revisar y hacer preguntas relacionadas con **la Notificación de Prácticas de Privacidad de Amicus Medical Center**.

CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE HIPAA

La (s) siguiente (s) persona (s) pueden recibir y discutir mi información de salud protegida y / o recoger medicamentos / prescripciones, resultados y informes de **Amicus Medical Centers** en mi nombre.

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Teléfono #: _____

Paciente o Representante del Paciente

Imprimir el Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Firmado: _____

Si es Firmado por el Representante,

Nombre del Representante: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA NO PARENTAL / GUARDIÁN

Yo _____, doy permiso para que la (s) persona (s) mencionada (s) a continuación acompañen a mi (s) hijo (s) para sus exámenes iniciales y / o cualquier visita posterior a los **Centros Médicos de Amicus**. Autorizo a ellos para ver todos los registros médicos necesarios y tomar decisiones de salud de carácter rutinario, incluyendo los planes de tratamiento, medicamentos y administración de vacunas. Autorizo a **Centros Médicos de Amicus** a analizar la información médica sobre mi (s) hijo (s) con la (s) persona (s) autorizada (s).

Además, concedo a la (s) persona (s) autorizada (s) la autoridad para tomar decisiones de atención médica más serias o urgentes en caso de que no se pueda comunicarme con usted o cuando sea de naturaleza de emergencia cuando no haya tiempo suficiente para buscar mi consentimiento específico.

Este consentimiento entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma hasta que yo lo revoque.

Nombre (s) del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

_____ **Fecha de nacimiento:** _____

_____ **Fecha de nacimiento:** _____

Persona (s) autorizados a acompañar Menor / DOB

Relación con el menor

Firma del Padre / Tutor

Date

Imprimir el Nombre del Padre / Tutor

Número de Contacto del Padre / Tutor

* Las personas autorizadas deben proporcionar una identificación con foto al momento de la visita de menores.



AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente _____ / _____

Apellido

Primer

Doncella

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Teléfono: _____

Yo, _____ autorizo _____

Nombre del Paciente / Representante Personal

Nombre De La Institución Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

Fax

para divulgar mi información médica indicada a continuación a la siguiente parte: (Inicial Uno)

— YO MISMO(A)

— INSTITUCIÓN/OTRO _____

Nombre

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

Fax

— Recogeré copias de mis registros, proporcione mis registros en _____ Forma De Papel

— Enviar copias de mis registros a la persona mencionada anteriormente por correo postal de EE. UU. Proporcione mis registros en _____ Forma De Papel

A fin de: _____

Autorizo la divulgación de información que cubra las fechas de tratamiento de: _____

El tipo y la cantidad de información a revelar es la siguiente: **(incluya fechas cuando corresponde):**

Ponga sus **iniciales** en la **clasificación** apropiada de la información cuando corresponda:

Información & Registros De Tratamiento por Drogas Y Alcohol

Información y / o Registros de Salud Mental

Información y / o registros de VIH / SIDA

Información y / o Registros Genéticos

- Historial Médico Completo, Excepto:
- Historia y Física
- Consultas
- Resumen De Alta
- Lista De Problema
- Informe Operativo

- Informe De Patología
- Informes De Radiología: (Fecha) De ____ (Fecha) A _____
- Informes De Laboratorio: (Fecha) De ____ (Fecha) A _____
- Notas De Progreso
- Otro, Describe: _____

- Entiendo que, de acuerdo con la ley de Florida, las clasificaciones de los registros marcados anteriormente en relación con el tratamiento brindado a mí son privilegiados y confidenciales y no pueden ser entregados a mí ni a aquellos designados por mí o mi tutor legal sin un consentimiento expreso e informado. Además, entiendo que esos registros no se divulgarán a personas y agencias que no sean las designadas por mí o mi representante personal o según lo dispuesto en la ley de Florida.
- Entiendo que tengo derecho a retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas de conformidad con esta autorización. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Información de Salud y / o proporcionar una fecha de vencimiento al Departamento de Información de Salud. Fecha De Caducidad ____ / ____ / ____
- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria, puedo negarme a firmar y las instalaciones de Amicus Medical Center no basarán mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios en si proporciono o no autorización para el uso o divulgación solicitados. Entiendo que al destinatario se le puede prohibir divulgar información sobre abuso de sustancias. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524 (con un cargo razonable).
- Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario de la información y ya no está protegida por las leyes federales de confidencialidad o por Amicus Medical Center.
- Entiendo que Amicus Medical Center divulgará solo la cantidad mínima de información necesaria para cumplir con una solicitud.

A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá doce meses después de la fecha de la firma que se indica a continuación.

Nombre Del Paciente / Tutor: _____ Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____

Firma Del Paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma Del Testigo: _____ Fecha: ____ / ____ / ____