

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Apellido de soltera: _____
Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
Estado civil: _____ Raza: _____ Grupo Etnico: _____ lenguaje: _____
Dirección: _____
Estado: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Numero de Teléfono Casa: _____ Célula: _____
Trabajo: _____ e-mail: _____
Metodo Preferido de Contacto: _____ Metodo Preferido de Recuerdo: _____
Licencia de Manejo: _____ La fecha de expiró: _____ Estado: _____
Empleo: _____

Información del Garante

Nombre del Garante: _____ Relación al Paciente: _____
Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
Dirección: _____
Estado: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Numero de Teléfono Casa: _____ Célula: _____
Trabajo: _____ e-mail: _____
Empleo: _____

Información de Seguro #1

Seguro Principal: _____
Numero de pólisa: _____ Grupo: _____
Dirección: _____
Numero de Teléfono: _____ Persona de Contacto: _____
Nombre del Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Número de Seguro Social: _____

Información de Seguro #2

Seguro Principal: _____
Numero de Pólisa: _____ Grupo: _____
Dirección: _____
Numero de Teléfono: _____ Persona de Contacto: _____
Nombre del Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Número de Seguro Social: _____

Información de Persona en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Numero de Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Relación al Paciente: _____

Concedo por este medio el permiso a los asociados médicos de Lakeland de emplear médico, el laboratorio, y los procedimientos tales de la radiografía como considerados necesario en mi diagnosis y tratamiento. Autorizo el sostenedor de la información médica u otra para lanzar, a mi portador de seguro, la agencia de estatal, o Intermediario, cualquier información necesitada para esto o cualquier demanda de seguro relacionada. Permiso más lejos una copia de esta autorización de ser demandado en lugar de la original. Autorizo el pago de ventajas médicas al médico para los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de las cargas sin importar cobertura y/o el pago de seguro.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Responsable de Paciente: _____ Fecha: _____



Lakeland Medical Associates

Providing Care for the Entire Family Since 1995

Asignacion de Beneficios

Para satisfacer las necesidades y solicitudes de nuestros pacientes, nos hemos inscrito en numerosos programas de seguros de salud administrados. Si bien estamos contentos de poder ofrecer este servicio, nos resulta muy difícil seguir todas las normas individuales de los planes. Cada plan tiene diferentes restricciones sobre la frecuencia con la que se pueden ofrecer los servicios y, más importante aún, dónde se deben obtener.

Incluso dentro de una sola compañía de seguros, los planes pueden variar según el tipo de contrato que haya negociado su empleador.

Brindar la más alta calidad de atención médica a nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a proporcionar esa atención dentro los requisitos de su plan de seguro, siempre que sea posible.

Desafortunadamente, si no nos informa sobre los requisitos especiales de su plan de salud y ordenamos servicios que necesita, como análisis de laboratorio, hospitalización y suministros que no están cubiertos por su plan, es posible que le facturemos directamente esos cargos. El pago de estos servicios puede ser su responsabilidad.

Con su cooperación y nuestra ayuda, debería poder recibir todos los beneficios del seguro a los que tiene derecho, y nosotros podremos centrar nuestros esfuerzos en sus necesidades médicas.

HE LEÍDO Y COMPRENDO LA POLÍTICA DE LA OFICINA MENCIONADA ANTERIORMENTE Y ACEPTO ASUMIR LA RESPONSABILIDAD TAL COMO SE DESCRIBE.

Firma del paciente/padre: _____ Fecha: _____



Lakeland Medical Associates

Providing Care for the Entire Family Since 1995

Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente, otorgo permiso a los médicos de Lakeland Medical Associates para proporcionar servicios médicos, según lo consideren necesario.

Política Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. A continuación, se presenta nuestra política financiera, la cual le pedimos que lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento por parte de nuestros médicos.

- Nuestra oficina presentará reclamaciones de seguro por usted, sin embargo, su parte del costo de nuestros servicios se debe pagar en el momento del servicio.
- Aceptamos efectivo, cheques, VISA, Discover, MasterCard, AmericanExpress y CareCredit.
- No procesamos reclamaciones de seguros de terceros, como seguros de automóviles o accidentes. Es su responsabilidad pagar por los servicios prestados. Puede cobrar a la compañía de seguros con su recibo pagado de nosotros.
- El adulto que acompaña a un menor (menor de 18 años) para tratamiento es la parte responsable del pago de nuestros servicios.
- Copagos: Sus copagos y deducibles se deben pagar en el momento del servicio. Para ser participantes elegibles, debemos firmar contratos que nos obligan a cobrar los copagos en el momento en que se presta el servicio; por lo tanto, debemos cobrar su copago antes de ver al médico. No podemos facturar los copagos, así que por favor no nos pida que lo hagamos. Nuestra oficina simplemente sigue las órdenes de su contrato de atención administrada o compañía de seguros. Si no cobramos este copago, su compañía de seguros tiene el derecho de terminar nuestros privilegios como proveedores.
- Medicaid pendiente: Si su cobertura de Medicaid está pendiente o no puede proporcionar a nuestra oficina prueba de cobertura, se le requerirá pagar, como si fuera un pago privado, hasta que reciba su tarjeta de Medicaid.
- Tarjetas de seguro: Si no trae su tarjeta de seguro y no podemos verificar su seguro, se le requerirá pagar su visita en su totalidad al momento del servicio.
- Si no puede realizar el pago hoy, por favor solicite hablar con el consejero financiero para que podamos autorizar arreglos con su médico tratante.

Gracias por comprender nuestra política financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Firma del paciente/padre: _____ Fecha: _____



Lakeland Medical Associates

Providing Care for the Entire Family Since 1995

Reconocimiento de Revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Además, autorizo a mi médico y a su personal a contactarme por los medios designados que se indican a continuación.

Teléfono de casa: _____ *Marque uno:* Solo llamadas / Llamadas y buzón de voz
Teléfono del trabajo: _____ *Marque uno:* Solo llamadas / Llamadas y buzón de voz
Teléfono móvil: _____ *Marque uno:* Solo llamadas / Llamadas y buzón de voz
Email/Portal del paciente: _____

Además, autorizo a mi médico y a su personal a comunicar información sobre citas, resultados médicos y problemas de facturación a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito, Atención del Oficial de Privacidad.

Firma del paciente/representante: _____ **Fecha:** _____

**Si no está firmado por el paciente, Nombre del representante autorizado:* _____

Relación con el paciente: ☐ Padre/Tutor ☐ POA ☐ Otro: _____



Lakeland Medical Associates

Providing Care for the Entire Family Since 1995

Consentimiento del médico asistente y del médico de enfermería

La instalación tiene en el personal un asistente médico y / o enfermera practicante para ayudar en la prestación de atención médica.

Un asistente médico (PA)/enfermera practicante (NP) no es médico. Un PA/NP es graduado de un programa de entrenamiento certificado y es licenciado por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un PA/NP puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como proveer cuidado de mantenimiento de salud. La "supervisión" no requiere la presencia física constante del médico supervisor, sino más bien supervisar las actividades y aceptar la responsabilidad del servicio médico.

Un Asistente Médico/enfermera profesional puede proporcionar servicios médicos que están dentro de su educación, entrenamiento y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historiales y realizar exámenes físicos.
- Ordenar y / o realizar procedimientos diagnósticos y procedimiento.
- Formular un diagnóstico de trabajo.
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento.
- Seguimiento de la efectividad de las intervenciones terapéuticas.
- Ayudar en la cirugía.
- Ofreciendo asesoramiento y educación.
- Suministro de muestras de medicamentos y medicamentos por escrito (cuando lo permita la ley)
- Realización de referencias apropiadas.

He leído lo anterior, y por este medio consiento en los servicios de un Ayudante del Médico y/o Enfermera especialista para mis necesidades de la asistencia médica.

Entiendo que en cualquier momento puedo negarme ver al médico asistente/enfermera practicante y solicitar ser consultado por el médico supervisor. Entiendo que el médico supervisor revisará mi caso, pero no está obligado a aceptar mi solicitud de consulta.

Patient/Parent Signature: _____ Date: _____

Historia Médica

Fecha: _____

Nombre: _____

Ocupación: _____

Nivel de Educación: _____

Historia de Familia

Pariente de familia an tenido lo siguiente (círculo uno)

Cancer	Si	No
Diabetes	Si	No
Infarto	Si	No
Derrame	Si	No
Alta Presión	Si	No
Alcoholismo	Si	No
Cholesterol	Si	No

Historia Personal

A tenido usted (círculo uno)

Soplo de Corazon	Si	No
Hepatitis	Si	No
Enfermedad de ojo	Si	No
Desórden del ojo	Si	No
Artritis	Si	No
Tuberculosis	Si	No
Diabetes	Si	No
Cancer	Si	No
Enfermedad (Corazon)	Si	No
Enfermedad (Pulmon)	Si	No
Enfermedad (Riñón)	Si	No
Enfermedad (Colon)	Si	No
Enfermedad (Intestino)	Si	No
Bulto en el Seno	Si	No
Alta Presión	Si	No
Sangrado Rectal	Si	No
Cancer de la Piel	Si	No
Alto Cholesterol	Si	No
Alto Trigliceridos	Si	No
Herida de Espalda	Si	No
Migraña	Si	No
Depresión	Si	No

¿Usted ha utilizado tabacco? Si No
Cigarrillo: Si No Electrónico: Si No
Uso en el pasado? Si No

¿Usted utiliza las drogas ilegales? Si No
Uso en el pasado? Si No

La inyección mas reciente del tétanos: _____

La vacuna mas reciente de neumonía: _____

Mas reciente examen de Tuberculosis: _____

¿Está usted en una dieta especial? Si No

¿Usted hace ejercicio? Si No

¿Es usted alérgico a medicamento? Si No

Lista de medicamentos:

Lista de cirugías anteriores (fecha):

Otros problemas médicos y hospitalizaciones
(fecha/diagnóstico):

Usted utiliza medicamentos comprados en la tienda: Si No
Lista _____

Usted bebe (cerveza, vino, o liquor) Si No
Cuando fue la última vez que usted tuvo (las mujeres: 4 o
más Hombres: 5 o más) bebidas en un día?

Nunca _____

Mas de 12 meses _____

3-12 meses _____

Los ultimos 3 meses _____

¿Usted ha tenido una colonoscopia? Si No

Cuando? _____

Mujeres:

Ultimo día de menstruación: _____

Usted utiliza anticonceptivos: Si No

Que método: _____

Papanicolado mas reciente: _____

Mamograma mas reciente:

¿Usted ha estado embarazado? Si No # _____

¿Ha sufrido abuso? Físico _____ Verbal _____

Menstruación: Normal _____ Abnormal _____

Hombres:

Ultimo examen de antígeno específico de próstata
(fecha): _____

Ultimo examen de la próstata: _____



Lakeland Medical Associates

Providing Care for the Entire Family Since 1995

Consentimiento de Autoridad para Historial de Medicamentos

Lakeland Medical Associates ha adoptado un sistema de registro médico electrónico para mejorar la calidad de nuestros servicios. **Este sistema también nos permite recopilar y revisar su “historial de medicamentos.” Un historial de medicamentos es una lista de todos los medicamentos recetados que nosotros u otros médicos le han recetados.** Esta lista se recopila de diversas fuentes, incluyendo: su farmacia, su plan de seguro y otros proveedores de salud. Un historial de medicamentos preciso es muy importante para ayudarnos a tratarle adecuadamente y evitar interacciones peligrosas entre medicamentos.

Al firmar este formulario de consentimiento, nos da permiso para recopilar, dar permiso a su farmacia y a su plan de salud para divulgar información sobre sus recetas que hayan sido llenadas en cualquier farmacia o cubiertas por cualquier plan de seguro de salud. Esto incluye medicamentos recetados para tratar el SIDA/VIH, adicción a sustancias y/o condiciones de salud mental. Esta información pasará a formar parte de su historial médico.

Este historial de medicamentos es una guía útil, pero puede no ser completamente exacta. Algunas farmacias no nos proporcionan historiales de medicamentos y el historial de medicamentos de su plan de salud podría no incluir los medicamentos que compró sin usar su seguro de salud. Su historial de medicamentos podría no incluir medicamentos de venta libre, suplementos o remedios herbales. Sigue siendo muy importante que nos tomemos el tiempo para hablar sobre todo lo que está tomando y que usted señale y reporte cualquier error en su historial de medicamentos a nuestro personal.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Al firmar a continuación, doy permiso a LAKELAND MEDICAL ASSOCIATES para obtener mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y otros proveedores de atención médica.

Firma del paciente/padre: _____ Fecha: _____