

JOSÉ R. FORADADA, III, MD, PA
CHILDREN'S NEUROLOGICAL SPECIALITES

FECHA: _____

Nombre del paciente: _____ DOB: ____/____/____ EDAD: ____ SEX: M ___ F ___

Dirección: _____ APT/Unidad #: _____

Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____ SS#: _____

Domicilio: (____) _____ Cell: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Nombre de la escuela del paciente/empleador: _____

Otros miembros de la familia tratados aquí: _____

Médico de atención primaria: _____ Phone: (____) _____

Farmacia: _____ PHARMACY (no tienda) Teléfono: (____) _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? _____

Información de los padres/tutores legales

Nombre de la madre/Guardian: _____ DOB: _____ Age: _____

Dirección: _____ APT/Unidad #: _____

Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____ Email: _____

Domicilio: (____) _____ Cell: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Ocupación: _____ Employer: _____ SS#: _____

Nombre del padre/ Guardian: _____ DOB: _____ Age: _____

Dirección: _____ APT/Unidad #: _____

Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____ Email: _____

Domicilio: (____) _____ Cell: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Ocupación: _____ Employer: _____ SS#: _____

Padrastro: _____ DOB: _____ Age: _____

Dirección: _____ APT/Unidad #: _____

Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____ Email: _____

Domicilio: (____) _____ Cell: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Ocupación: _____ Employer: _____ SS#: _____

Información de Emergencias

1.)Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Teléfono: (____)_____

2.) Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Teléfono: (____)_____

Información de Seguro

Nombre del seguro primario: _____ Número de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al paciente: _____ Número social del titular de la póliza: _____

¿Tiene un seguro secundario? _____

Nombre del seguro secundario: _____ Número de la póliza : _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al paciente: _____ Número social del titular de la póliza: _____

Historial Medico:

Peso al nacer: _____ ¿Pre-término o Término completo? _____

¿Complicaciones durante el embarazo y/o el parto? _____

Alergias: _____

¿Medicinas que esta tomando?: _____

Hospitalizaciones:

Fecha: _____ Razon: _____

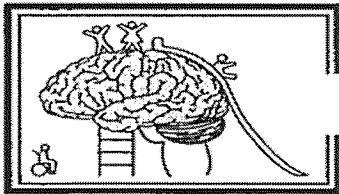
Fecha: _____ Razon: _____

¿Las vacunas están al día? _____ Si no, ¿por qué? _____

¿Hay alguna preocupación con el desarrollo del paciente? _____

Si hay, por favor explique:

La razon de su visita de hoy:



JOSE R. FORADADA, III, MD, PA

CHILDREN'S NEUROLOGICAL SPECIALTIES

Poliza Financiera de nuestra oficina

1. Estamos comprometidos a brindarles la mejor atención posible y encartados de discutir nuestros cargos profesionales con usted/ustedes en cualquier momento. Su claro entendimiento de nuestra poliza financiera es importante a nuestra relación profesional. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestros cargos, poliza financiera o su responsabilidad. Todos los pacientes deben completar nuestro "formulario de información para el paciente" antes de ver al doctor.
2. Los menores de edad deben estar acompañados de sus padres o guardian. Cualquier tratamiento se negará a menores no acompañados.
3. SEGUROMÉDICO ES UN CONTRATO ENTRE USTED Y SU COMPAÑÍA DE SEGUROS. Nosotros sometemos cargos a su seguro como cortesía a nuestros pacientes. No estaremos involucrados en disputas de seguros entre usted y la compañía aseguradora con respecto a los deducibles, copagos, co seguros, cargos cubiertos, seguros secundarios, y "cargos usuales y customarios" cargos, etc.

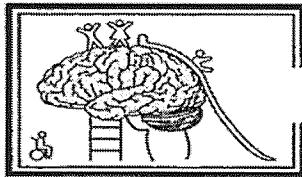
El pago es debido en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos con esta oficina. Ustedes son responsable de cualquier deducible y costo compartido de servicios no cubiertos.

NO sometemos cargos a seguros secundarios.

4. Si usted tiene seguro médico, lo ayudaremos a recibir los máximos beneficios. Si usted desea una implicación en un accidente de vehículo de motor o cualquier otro caso de litigio, no podemos aceptar seguro médico para las visitas. Sin embargo, completaremos los formularios de reclamación para que usted pueda ser reembolsado por su compañía de seguros en la medida de su cobertura. Si existe un abogado, él o ella necesita hacer arreglos previos con esta oficina.
5. Hay un cargo de \$50.00 por no haber cancelado o cambiado su cita a esta oficina en un plazo de 24 horas anteriormente de la hora de su cita. Tenga en cuenta que este cargo no será cubierto por su compañía de seguro y es la responsabilidad del paciente o sus padres. También, tenga en cuenta que antes de hacer otra cita, está sujeta a pagar en totalidad. De lo contrario, esto le llevará al ser despedido de nuestra práctica. No habrá ninguna excepción.
6. Llegar tarde para una cita programada por más de 15 minutos será considerado una "no presente" para su cita.
7. Si su compañía de seguros requiere que obtenga una autorización o referido para servir a través de un especialista, es su responsabilidad ponerse en contacto con su médico de atención primaria o compañía de seguros para obtener la autorización antes de servir en esta oficina. Si no hay una autorización o referido para el procedimiento o visita, se le pedirá que pague por su visita antes de servir o su cita tendrá que ser reprogramada.

*** Esta poliza está sujeta a cambios sin previo aviso. ***

Firma del responsable: _____ Fecha: _____



JOSE R. FORADADA, III, MD, PA

CHILDREN'S NEUROLOGICAL SPECIALTIES

Permiso para tartar

Yo (Nosotros) _____ autorizo a Jose R. Foradada III, MD, P.A. y su
Nombre(s) de guardians legales
personel a darservicios a mi hijo/hija _____, señalandoen las lineassiguientes.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esrequerido que losguardianslegalesnos den copias de sulicensia de manejarsi no van
attender a la visitamedica.

Si usted no es la madre o padre biologicodelpacientenombradoarriba, vamos a
requerirdocumentos de la corte.

JOSE R. FORADADA, III, M.D., P.A
4710 N. Habana Avenue, Suite 307
Tampa, Florida 33614
(813)874-2000
(813)875-9303

AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER MI INFORMACION DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Número del expediente _____

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Yo autorizo al consultorio de Jose R. Foradada, III, M.D., P.A. para dar a conocer mi información de salud.

Tipo de información a usar o dar a conocer: (incluye fechas donde sea apropiado)

- Notas progresivas del médico _____ (fechas)
 Historial y exámen fisico _____ (fechas)
 Resultados de laboratorio _____ (fechas)
 Resultados de radiología _____ (fechas)
 Reporte de paralogía _____ (fechas)
 Reporte de eroencefalograma _____ (fechas)
 Expediente completo _____ (fechas)
 Otros _____ (fechas)

1. Yo entiendo que la información de mi expediente puede incluir información relacionada a enfermedades transmisibles sexualmente, syndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Además, puede incluir información sobre los servicios de salud mental o de comportamiento, de tratamiento para el alcoholism, o el abuso de drogas.

2. Esta información puede ser dada a conocer, y usada por la siguiente organización o persona:

Nombre de la Persona/Organización _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

3. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si yo revoco esta autorización, es necesario hacerlo por escrito, y presentar mi revocación escrita al Gerente de Oficinas del despacho. Además entiendo que esta revocación no aplicará a la información que haya sido dada a conocer antes de la misma. También entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley le prove el derecho de contestar una reclamación en mi póliza, a menos que esté revocado, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____ . Si yo no especifico la fecha, evento o condición de expiración, esta autorización automáticamente expirará en 360 días.

4. Yo entiendo que la autorización de la divulgación de mi información de salud es voluntaria. Yo puedo rehusar firmar esta autorización. Yo no necesito firmar esta forma para recibir tratamiento. Además entiendo que yo puedo inspeccionar o requerir una copia de la información que sera usada o dada a conocer trae la potencial consecuencia de ser redivulgada sin previa autorización y puede no ser protegida por las reglas federales de privacidad.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Relación al paciente si es firmado por Representante Legal

Fecha

AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN.

- Su información confidencial puede ser revelada a otros proveedores de salud para la atención sanitaria o de emergencia con el fin de brindarle continuidad de atención médica de calidad.
- Puede divulgarse su información de salud confidencial, incluyendo tratamiento, hospitalización, tratamiento psiquiátrico o psicológico, abuso de drogas, alcoholismo, anemia de células falciformes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o prueba para / o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), o cualquier otra información que podría comprometerla pero es necesario para procesar la demanda médica a su proveedor de seguros con el fin de recibir el pago para proveerles servicios de salud.
- Su información de salud confidencial puede ser revelada a los funcionarios públicos o encargados de una investigación la que usted es una víctima de abuso, crimen o violencia doméstica.
- Su información confidencial de salud puede divulgarse a las organizaciones de salud pública o federal en materia de enfermedades transmisibles, aparatos defectuosos o la reacción de un alimento o medicamento.
- Su información de salud confidencial puede ser revelada sólo después de recibir la autorización por escrito de usted. Usted tiene el derecho a revocar su autorización para divulgar información confidencial sobre la salud en cualquier momento.
- Usted puede ser contactado por nuestro personal de oficina para recordar citas, opciones de tratamiento profesional de la salud u otros servicios de salud que pudieran ser de interés para usted. Mensajes relacionados con citas de seguimiento se pueden dejar en una máquina contestadora, o con la persona contestando el teléfono.
- Usted tiene el derecho a restringir el uso y divulgación de su información confidencial de salud a familiares, amigos u otros involucrados en su atención médica o pago de servicios de salud. Sin embargo, el consultoriomédico puede optar por rechazar restricciones si están en conflicto de proporcionarles atención médica de calidad o en el caso de una emergencia médica.
- Usted tiene derecho a recibir comunicación confidencial sobre su estado de salud.
- Usted tiene el derecho de revisar y solicitar una copia de cualquier o todas las porciones de su información de salud. Los cargos usuales de copias serán aplicables.
- Usted tiene el derecho de solicitar cambios a su atención médica.
- Usted tiene derecho a saber quién ha obtenido su información de salud confidencial.
- Usted tiene el derecho a tener una copia de este aviso de privacidad a petición.
- El consultoriomédico está obligado por ley a proteger la privacidad de sus pacientes y a respetar los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de realizar cambios a este aviso y continuar a mantener la confidencialidad de toda la información profesional de la salud.
- Usted tiene el derecho de reclamación al oficial de privacidad de esta oficina y la Secretaría de salud y servicios humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor envíe su queja a: ATTN: Privacy Officer, Jose R. Foradada III, M.D., P.A., 4710 N Habana Avenue, Suite 307, Tampa, FL, 33614.
- Se investigarán todas las denuncias. Para someter una queja con la oficina del médico no se planteará ningún problema personal.
- Para obtener más información acerca de este aviso de privacidad, póngase en contacto con el oficial de privacidad al (813)874-2000.

English

I, _____ (print name) have received all the information on "The Privacy Notice Act" from Dr. Foradada's office.

Sign: _____

Date: _____

Español

Yo, _____ (imprimir nombre) he recibido toda la información sobre el "Aviso Del Acto de Privacidad" de la oficina del Dr. Foradada.

Firma: _____

Fecha: _____