

**Ocala Family Medical Center, Inc.**

<b>Como supiste de nosotros?</b>		<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Directorio telefónico <input type="checkbox"/> Anuncios <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otra:	
<b>FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES</b>			
Apellido:		Nombre:	
Dirección de correo:		Apt #	Edad:
Ciudad, Estado, código postal:		Fecha de nacimiento:	
Empleador o escuela:		Estado de empleo:	
SSN#	Marital:		Móvil #:
Carrera:	Etnicidad:		Casa #:
Idioma:	Correo electrónico:		
<b>**** Información de contacto del paciente ****</b>			
<input type="checkbox"/> Consentimiento para dejar mensajes con información detallada <input type="checkbox"/> Consentimiento para dejar mensajes con el número de devolución de llamada, extensión y nombre solamente			
Deseo ser contactado de la siguiente manera: <b>(aplique el número 1-4 que indica el método de contacto preferido)</b>			
___ Casa: <input type="checkbox"/>	___ Trabajo: <input type="checkbox"/>	___ Móvil: <input type="checkbox"/>	___ Portal del Paciente <input type="checkbox"/>
<b>HIPAA Consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI) a la(s) siguiente(s) persona(s):</b> (es decir, recoger sus recetas, divulgar registros médicos, discutir información de facturación / clínica)			
Nombre:		Relación:	
Nombre:		Relación:	
Nombre:		Relación:	
<b>HIPAA Consentimiento para divulgar información médica protegida (PHI) a los registros de pacientes</b>			
Consentimiento para presentar PHI a registros de pacientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (es decir, especialistas, hospitales, registros de aseguradoras, registros de inmunización, registros de cáncer)			
<b>Información de contacto de emergencia / Testamento vital</b>			
Nombre de emergencia:		Teléfono de emergencia:	Relación:
¿Tienes un testamento en vida? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, copia provista: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Seguro Primario</b>			
Nombre del plan / póliza:		Fecha efectiva:	
Identificación de miembro:			
<b>Seguro Secundario</b>			
Nombre del plan / póliza:		Fecha efectiva:	
Identificación de miembro:			

Entiendo y acepto: Autorizo el tratamiento y seré responsable del pago de todos los cargos incurridos en mi nombre o en el de mi familiar.

Autorizo el pago de beneficios médicos a: **OCALA FAMILY MEDICAL CENTER, INC.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CITAS PERDIDAS**

NUESTRA POLIZA ES DE COBRAR POR CITAS PERDIDAS AL MISMO PRECIO DE UNA VISITA REGULAR, A MENOS QUE CANCELE SU CITA POR LO MENOS 24 HORAS ANTES DE QUE OCURRA. POR FAVOR AYUDENOS A SERVIRLO DE LA MEJOR MANERA POSIBLE MANTENIENDO SUS VISITAS EN LAS FECHAS QUE FUERON PROGRAMADAS.

**PACIENTES MENORES DE EDAD**

LOS ADULTOS (PADRES O REPRESENTANTES LEGALES) QUE ACOMPAÑAN A UN MENOR DE EDAD SON RESPONSABLES POR EL PAGO COMPLETO DE LOS SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS PROVISTOS. TRATAMIENTOS CONSIDERADOS COMO NO EMERGENCIA SERAN NEGADOS A MENORES QUE NO ESTEN ACOMPAÑADOS POR UN ADULTO (PADRES O REPRESENTANTES LEGALES) A MENOS QUE LOS CARGOS HAYAN SIDO PRE-AUTORIZADOS Y APROVADOS BAJO UN PLAN DE CREDITO, VISA / MASTERCARD O PAGADOS EN EFECTIVO O CHEQUE EL DIA DEL TRATAMIENTO.

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO / AUTORIZACION**

YO ENTIENDO QUE EL COVID-19 ES PREVALENTE EN NUESTRA COMUNIDAD Y LOS RIESGOS ASOCIADOS CON CUALQUIER VISITA MEDICA O PROCEDIMIENTO. YO AUTORIZO A OCALA FAMILY MEDICAL CENTER, INC. A PROVEER CUALQUIER TRATAMIENTO QUE SEA NECESARIO PARA EL PACIENTE QUE ESTA BAJO MI RESPONSABILIDAD. YO ENTIENDO QUE MI NEGACION AL TRATAMIENTO DEBE SER VERIFICADA POR ESCRITO CON MI FIRMA

YO AUTORIZO A LA DIVULGACION DE MIS REGISTROS MEDICOS Y CUALQUIER OTRA INFORMACION REQUERIDA PARA OBTENER EL PAGO Y LOS BENEFICIOS A TRAVES DE LA COMPAÑIA DE SEGURO O OTRS MEDIOS, EN CONECCION CON EL TRATAMIENTO DE \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL PACIENTE). YO AUTORIZO QUE EL PAGO SEA EFECTUADO DIRECTAMENTE A OCALA FAMILY MEDICAL CENTER, INC. DE CUALQUIER BENEFICIO QUE DE OTRA MANERA SERIA PAGADERO A MI NOMBRE.

**EL REPRESENTANTE LEGAL DE UN MENOR DEBE COMPLETAR LA INFORMACION EN ESTA CAJA**

YO, \_\_\_\_\_, SIENDO EL REPRESENTANTE LEGAL DE \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL PACIENTE) AUTORIZO EL TRATAMIENTO MEDICO DEL PACIENTO REFERIDO ANTERIORMENTE POR EL PERSONAL DE OCALA FAMILY MEDICAL CENTER, INC.

EN EL EVENTO QUE NO ESTE DISPONIBLE, AUTORIZO LA DIVULGACION DE MIS REGISTROS MEDICOS Y/O FINANCIEROS A: \_\_\_\_\_

E LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE EL CONTENIDO DE TODAS LAS PAGINAS DE ESTE DOCUMENTO EN REFERENCIA A LA INFORMACION DEL PACIENTE Y LA DIVULGACION DE LA INFORMACION. E LEIDO Y ENTIENDO LAS POLIZAS FINANCIERAS Y ESTOY DE ACUERDO CON ELLAS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE      FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE      FECHA \_\_\_\_\_  
(SI ES APLICABLE)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE      NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

METODO DE PAGO: EFECTIVO \_\_\_\_\_ CHEQUE \_\_\_\_\_ TARJETA DE CREDITO \_\_\_\_\_ SEGURO \_\_\_\_\_

<p><b>HISTORIAL MÉDICO</b></p> <p>¿Ha tenido cualquiera de los siguientes? En caso afirmativo, por favor, marque la casilla.</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis  <input type="checkbox"/> asma  <input type="checkbox"/> trastorno de sangrado  <input type="checkbox"/> agrandamiento de la próstata  <input type="checkbox"/> cáncer  Type _____  <input type="checkbox"/> varicela  <input type="checkbox"/> colecistopatía</p> <p><input type="checkbox"/> nefropatía  Type _____  <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Diverticulosis  <input type="checkbox"/> Glaucoma  <input type="checkbox"/> gota  <input type="checkbox"/> Hernia de hiato  <input type="checkbox"/> hipertensión arterial  <input type="checkbox"/> ictericia  <input type="checkbox"/> enfermedades de hígado  Type _____  <input type="checkbox"/> sarampión  <input type="checkbox"/> mentales  Type _____  <input type="checkbox"/> parotiditis  <input type="checkbox"/> infarto  When? _____  <input type="checkbox"/> péptica Ulcer(s)  <input type="checkbox"/> poliomielitis  <input type="checkbox"/> la enfermedad pulmonar  Type _____  Fiebre reumática <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> escarlatina  <input type="checkbox"/> incautación  <input type="checkbox"/> trazo  When? _____  <input type="checkbox"/> flebitis</p> <p>Problemas de tiroides <input type="checkbox"/>  Explain _____  <input type="checkbox"/> transfusión  When? _____  <input type="checkbox"/> Tuberculosis  <input type="checkbox"/> varices  <input type="checkbox"/> infección de transmisión sexual  Type _____</p>	<p><b>HISTORIA SOCIAL</b></p> <p>¿El uso del alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  Type _____  # de bebidas por día _____  # de veces por semana _____  ¿El consumo de tabaco? (ahora o nunca) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  Type _____  Importe por día _____  # de años used _____  Tazas de cafeína por día: _____  Cualquier uso ilegal de drogas: _____  Cualquier discapacidad física: _____</p> <p><b>CIRUGÍAS y operaciones:</b> Has  ¿tuvo que ser operado en cualquiera de las siguientes áreas?  <u>Fecha de la cirugía</u></p> <p><input type="checkbox"/> Adenoids _____  <input type="checkbox"/> apéndice _____  <input type="checkbox"/> Back _____  <input type="checkbox"/> mama _____  <input type="checkbox"/> catarata _____  <input type="checkbox"/> cesárea _____  <input type="checkbox"/> vesícula biliar _____  <input type="checkbox"/> Colon _____  <input type="checkbox"/> _____ de Bypass gástrico  <input type="checkbox"/> reparación de Hernia _____  <input type="checkbox"/> histerectomía _____  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total parcial  <input type="checkbox"/> reemplazo conjunta _____  <input type="checkbox"/> amígdalas _____  <input type="checkbox"/> ligadura de trompas _____  <input type="checkbox"/> bazo _____  <input type="checkbox"/> vasectomía _____  <input type="checkbox"/> otros (sírvase explicar) _____</p>	<p><b>Historia de familia:</b> Tiene sangre  ¿pariente tenía alguna de las siguientes?  <u>Relación</u></p> <p><input type="checkbox"/> alcoholismo _____  <input type="checkbox"/> Anemia _____  <input type="checkbox"/> asma _____  <input type="checkbox"/> problemas de sangrado _____  <input type="checkbox"/> cáncer _____  <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca _____  <input type="checkbox"/> Colon problemas _____  <input type="checkbox"/> EPOC _____  <input type="checkbox"/> Diabetes _____  <input type="checkbox"/> _____ de muerte temprana  <input type="checkbox"/> gota _____</p> <p><input type="checkbox"/> cardiopatía _____  <input type="checkbox"/> colesterol alto _____  <input type="checkbox"/> hipertensión arterial _____  <input type="checkbox"/> trastorno renal _____  <input type="checkbox"/> leucemia _____  <input type="checkbox"/> trastorno de hígado _____  <input type="checkbox"/> mentales _____  <input type="checkbox"/> migrañas _____  <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____  <input type="checkbox"/> Seizure(s) _____  <input type="checkbox"/> trazo _____  <input type="checkbox"/> _____ de abuso de sustancias  <input type="checkbox"/> suicidio _____  <input type="checkbox"/> tiroides trastorno _____  <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____  <input type="checkbox"/> otros (sírvase explicar) _____</p>
<p><b>INMUNIZACIONES</b>  <u>Fecha de recepción</u></p> <p>_____ De tétanos  _____ De hepatitis a  _____ De hepatitis b  _____ De gripe  _____ De neumonía</p> <p>Other _____</p>		<p><b>OB/GYN</b></p> <p>Edad de primera menstruación: _____  Último período Menstrual: _____  Tipo de anticoncepción: _____  Sexualmente activos? _____  número de embarazos: _____  número de nacimientos: _____  número de abortos (planificado y planeado): _____</p>
<p><b>ALERGIAS</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p><b>MEDICAMENTOS ACTUALES</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

¿Usted ha experimentado recientemente cualquiera de los siguientes? Marque "Sí" o "No". Si no está seguro, deje en blanco.

**GENERAL**

Cambio de peso Sí  No   
 Escalofríos Sí  No   
 Fiebre Sí  No   
 Sudores nocturnos Sí  No   
 Sentirse cansado o mal Sí  No   
 Dolor generalizado Sí  No   
 Hinchazón generalizada (edema) Sí  No   
 Dolores de cuerpo Sí  No

**JEFE**

Dolor de cabeza Sí  No   
 Dolor facial Sí  No   
 Dolor sinusal Sí  No   
 Presión sinusal Sí  No

**CUELLO**

Dolor de cuello Sí  No   
 Rigidez de cuello Sí  No   
 Bulto o inflamación en el cuello Sí  No   
 Glándulas inflamadas en el cuello Sí  No

**OJO**

Problemas de visión y visión Sí  No   
 Sensibilidad a la luz Sí  No   
 Dolor ocular Sí  No   
 Picazón de los ojos Sí  No   
 Ojos secos Sí  No   
 Riego/descarga de ojos Sí  No

**OÍDOS, nariz y garganta**

Dolor de oído y dolor de oído Sí  No   
 Pérdida de la audición Sí  No   
 Zumbidos en los oídos Sí  No   
 Orejas sentir plena o conectado Sí  No   
 Aprobación de la gestión de las orejas Sí  No

**orejas**

Secreción nasal Sí  No   
 Hemorragias nasales Sí  No   
 Drenaje post-nasal Sí  No   
 Picazón de la nariz Sí  No   
 Ronquera Sí  No   
 Asfixia Sí  No   
 Dolor de garganta Sí  No   
 Problemas de dientes Sí  No   
 Dolor de la mandíbula Sí  No   
 Encías adoloridas Sí  No

**CARDIOVASCULAR**

Dolor en el pecho o presión Sí  No   
 Problemas de vena Sí  No   
 Palpitaciones Sí  No   
 Fría y azulada manos o pies Sí  No   
 Hinchazón de tobillos Sí  No

**GASTROINTESTINAL**

Cambio en el apetito Sí  No   
 Dificultad en la deglución Sí  No   
 Acidez estomacal Sí  No   
 Náuseas Sí  No   
 Vómitos Sí  No   
 Dolor abdominal Sí  No   
 Diarrea Sí  No   
 Estreñimiento Sí  No   
 Hinchazón Sí  No

**PULMONAR**

Dificultad para respirar Sí  No   
 Tos Sí  No   
 Sangre en la flema/esputo Sí  No   
 Congestión de pecho Sí  No   
 Sibilancia Sí  No   
 Dificultad para respirar mientras yacía Sí  No

**GENITOURINARIO**

Dolor al orinar Sí  No   
 Dolor en flanco Sí  No   
 Sangre en la orina Sí  No   
 Regate o incontinencia de orina Sí  No

**PIEL**

Piel pica Sí  No   
 Piel seca Sí  No   
 Cambios en la piel Sí  No   
 Cambios en las uñas Sí  No

**MUSCULOESQUELÉTICOS**

Dolor en las articulaciones Sí  No   
 Rigidez conjunta Sí  No   
 Dolores musculares Sí  No   
 Calambres musculares Sí  No

**Espasmos musculares**

Espasmos musculares Sí  No   
 Dolor de espalda Sí  No

**SISTEMA ENDOCRINO**

Sudoración excesiva Sí  No   
 Sed excesiva Sí  No   
 Problemas de unidad de sexo Sí  No   
 Sensibilidad al frío, calor Sí  No   
 Cambios en el cabello Sí  No

**NEURO-PSYCH**

Mareos y vértigo Sí  No   
 Desmayos Sí  No   
 Mareo Sí  No   
 Pérdida de la memoria Sí  No   
 Problemas de voz Sí  No   
 Problemas de equilibrio Sí  No   
 Problemas de sueño Sí  No   
 Ansiedad Sí  No   
 Depresión Sí  No



2230 SW 19<sup>th</sup> Avenue Road  
Ocala, FL 34471  
Phone: (352) 237-4133  
Fax: (352) 873-4581

### **Paciente consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida (PHI)**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como parte de mi salud, Ocala Family Medical Center provee y mantiene el papel o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de examen y prueba, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Base para la planificación de mi cuidado y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,
- Una fuente de información para la aplicación de mi diagnóstico y/o información quirúrgica para el proceso de facturación
- Un medio por el cual un tercer agente pueda verificar que efectivamente se prestaron los servicios facturados, y
- Una herramienta para operaciones rutinarias de cuidado de la salud como la evaluación de la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- Derecho a oponerse al uso de mi información médica para propósitos de directorio, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de pago o atención médica de tratamiento.
- Si eligen para no permitir que un miembro del personal del centro de médico de familia Ocala tener acceso a mis registros debo notificar Ocala Family Medical Center por escrito. La solicitud se dirigirá por un miembro de la gerencia o al oficial de privacidad. Serán contactado si se requiere información adicional.

Entiendo que Ocala Family Medical Center no está obligado a aceptar la restricción solicitada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura, excepto en la medida en que la organización ya ha tomado medidas en dependencia al respecto. También entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización no me tratan en la medida permitida por la sección 164-506 del código de regulaciones federales.

Entiendo que Ocala Family Medical Center se reserva el derecho a modificar su aviso y prácticas y previo a la implementación, de acuerdo con la sección 164-520 del código de regulaciones federales. Ocala Family Medical Center cambiar su aviso, enviará una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud de la organización, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida (PHI) a otra entidad, y doy mi consentimiento para tal divulgación de éstos permite usos, incluyendo la divulgación vía fax.

Autorizo a mi médico para utilizar un sistema automatizado de teléfono o correo electrónico y usar mi nombre, dirección y número de teléfono; el nombre de mi proveedor; y el tiempo y el lugar de mi cita programada, para el propósito limitado de ponerse en contacto conmigo para Notificarme de una cita pendiente u otras comunicaciones relacionadas con salud. También autorizo a mi médico a revelar a algunos terceros que conteste que mi teléfono información limitada de salud (PHI) con respecto a la espera de citas y dejar un mensaje de aviso en mi sistema de correo de voz o responder a máquina.

### **Comprender y aceptar los términos de esta autorización.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal o Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Tutor Legal o Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



2230 SW 19<sup>th</sup> Ave Rd  
Ocala, FL 34471  
Phone: (352) 237-4133  
Fax: (352) 873-4581

## NOTIFICACIÓN DE PROVEEDORES ALTERNATIVOS DE SERVICIOS DE IMÁGENES DE DIAGNÓSTICO

Estimado paciente:

Durante su visita al consultorio el proveedor podrá recomendar ciertos servicios de imágenes diagnóstico (es decir, CT o MRI) como parte de su curso de tratamiento.

Conformidad con la sección 6003 de la protección del paciente y la ley de Asistencia Asequible, Ocala Family Medical Center queda dar aviso a usted que usted puede obtener los servicios de Diagnostic por imagenes de otro proveedor que no sea Ocala Family Medical Center si así lo desea.

La siguiente es una lista de proveedor es que ofrecen este tipo de servicio de diagnóstico de imágenes dentro de un radio de veinticinco kilómetros (25 millas) de esta ubicación:

- Munroe Regional Medical Center, 1500 SW 1<sup>st</sup> Avenue, Ocala, FL 34471 352.351.7200
- Ocala Regional Medical Center, 1431 SW 1<sup>st</sup> Avenue, Ocala, FL 34471 352.401.1000
- West Marion Community Hospital, 4600 SW 46<sup>th</sup> corte, Ocala, FL 34474 352.291.3000
- TimberRidge Imaging Center, 9521 SW HWY 200, Ocala, FL 34481 352.671.4300
- Advanced Imaging, 8150 SW HWY 200, Ocala, FL 34481 352.854.2020

Si elige no utilizar uno de los proveedores alternativos antes mencionados, Ocala Family Medical Center se complace en ofrecer sus servicios de diagnostic por imagen aquí en esta ubicación.

Por favor reconozca recibo de esta notificación firmando a continuación.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_