

Ocala Family Medical Center, Inc.

- El copagos y deducibles se debe pagar al momento del servicio.
- Todos los saldos pendientes (no sujetos a un acuerdo de pago existente) deben pagarse antes de registrarse para su cita.

Como supiste de nosotros?		<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:	
FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES			
Apellido:		Nombre:	
Dirección de correo:		Apt #	
Ciudad, Estado, código postal:		Edad:	
Empleador o escuela:		Fecha de nacimiento:	
SSN#		Móvil #:	
Marital:		Casa #:	
Carrera:		Etnicidad:	
Idioma:		Trabajo #:	
Correo electrónico:			
**** Divulgación de contacto****			
<p>Usted será contactado por el numero(s) telefónico y por el email que figura arriba. Si no marcas la casilla abajo nos conseda consentimiento para que el personal deje información en un mensaje detalldo.</p> <p>Opción 1 <input type="checkbox"/> Consentimiento para dejar mensajes con información detallada Y</p> <p>Opción 2 <input type="checkbox"/> Consentimiento para dejar mensajes con el número de devolución de llamada, extensión y nombre solamente</p>			
<p align="center">HIPAA Consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI) a la(s) siguiente(s) persona(s): ESTE FORMULARIO REPLAZA TODOS LOS FORMULARIOS ANTERIORES (es decir, recoger sus recetas, divulgar registros médicos, discutir información de facturación / clínica)</p>			
Nombre:		Relación con la paciente:	
Nombre:		Relación con la paciente:	
<p align="center">HIPAA Consentimiento para divulgar información médica protegida (PHI) a los registros de pacientes</p>			
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)			
Información de contacto de emergencia / Testamento vital			
Nombre de emergencia:		Teléfono de emergencia:	
Relación con la paciente:			
¿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"/>	
Seguro Primario			
Nombre del plan / póliza:		Fecha efectiva:	
Identificación de miembro:			
Seguro Secundario			
Nombre del plan / póliza:		Fecha efectiva:	
Identificación de miembro:			
Farmacia Preferida			
Nombre:		Dirección:	
Nombre:		Teléfono:	
Nombre:		Dirección:	
Nombre:		Teléfono:	

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: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Ha tenido cualquiera de los siguientes?
En caso afirmativo, por favor, marque la casilla.

Arthritis
 Asma
 Trastorno de sangrado
 Agrandamiento de la próstata
 Cáncer
 Tipo _____
 Varicela
 Colecistopatía
 Nefropatía
 Tipo _____
 Diabetes
 Diverticulosis
 Glaucoma
 Gota
 Hernia de hiato
 Hipertensión arterial
 Colesterol alto
 Ictericia
 Enfermedades de hígado
 Tipo _____
 Sarampión
 Mentales
 Tipo _____
 Parotiditis
 Infarto
 En? _____
 Péptica Ulcer(s)
 Poliomieltis
 La enfermedad pulmonar
 Tipo _____
 Fiebre reumática
 Escarlatina
 Incautación
 Trazo
 En? _____
 Flebitis
 Problemas de tiroides
 Explique _____
 Transfusión
 En? _____
 Tuberculosis
 Varices
 Infección de transmisión sexual
 Tipo _____

ALERGIAS

HISTORIA SOCIAL

¿El uso del alcohol? Sí No
 Tipo _____
 # De bebidas por día _____
 # De veces por semana _____
 ¿El consumo de tabaco? (ahora o nunca)
 Sí No
 Tipo _____
 Importe por día _____
 # De años used _____
 Tazas de cafeína por día: _____
 Cualquier uso ilegal de drogas: Sí No
 Tipo _____
 Cualquier discapacidad física:
 Sí No Tipo _____

CIRUGÍAS y operaciones: Has

¿tuvo que ser operado en cualquiera de las siguientes áreas?
Fecha de la cirugía

Adenoids _____
 Apéndice _____
 Back _____
 Mama _____
 Catarata _____
 Cesárea _____
 Vesícula biliar _____
 Colon _____
 _____ de Bypass gástrico
 Reparación de Hernia _____
 Histerectomía _____
 Total Parcial
 Reemplazo conjunta _____
 Amígdalas _____
 Ligadura de trompas _____
 Bazo _____
 Vasectomía _____
 Otros (sírvase explicar) _____

INMUNIZACIONES

Fecha de recepción

_____ De tétanos
 _____ De hepatitis a
 _____ De hepatitis b
 _____ De gripe
 _____ De neumonía

Other _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Historia de familia: Tiene sangre
 ¿pariente tenía alguna de las siguientes?
Relación

Alcoholismo _____
 Anemia _____
 Asma _____
 Problemas de sangrado _____
 Cáncer _____
 Insuficiencia cardíaca _____
 Colon problemas _____
 EPOC _____
 Diabetes _____
 _____ de muerte temprana
 Gota _____
 Cardiopatía _____
 Colesterol alto _____
 Hipertensión arterial _____
 Trastorno renal _____
 Leucemia _____
 Trastorno de hígado _____
 Mentales _____
 Migrañas _____
 Obesity _____
 Osteoporosis _____
 Seizure(s) _____
 Trazo _____
 _____ de abuso de sustancias
 Suicidio _____
 Tiroides trastorno _____
 Tuberculosis _____
 Otros (sírvase explicar) _____

OB/GYN

Período menstrual anterior _____
 ¿Sexualmente active? Sí No
 Número de embarazos _____
 Número de miscarrages _____
 Número de abortos _____
 Número de nacimientos _____
 Partos múltiples _____
 Fecha de la última citología _____
 Fecha de la última mamografía _____
 ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
 Sí No
 ¿Enfermedad inflamatoria pélvica/Dolor
 pélvico? Sí No
 Enfermedades de transmisión sexual
 Sí No
 Prueba de Papanicolaou anormal
 Sí No

CITAS PERDIDAS

POLITICA DE NO PRESENTACIÓN/LLEGADA TARDIA: A 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 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

FORMAS DE PAGO / RECETAS

OCALA FAMILY MEDICAL CENTER COMPRENDE LA CARGA FINANCIERA QUE PUEDEN SUPONER LAS FACTURAS MÉDICAS. COMO RESULTADO, OFRECEMOS VARIAS OPCIONES DE PAGO. LOS PLANES DE PAGO SE PRESENTAN SOBRE LA BASE DE BUENA FE DE QUE USTED, EL PACIENTE, ESTÁ HACIENDO TODO LO POSIBLE PARA PAGAR SUS FACTURAS MÉDICAS DE MANERA OPORTUNA SIN INTERRUPCIÓN DE LA ATENCIÓN.

TODOS LOS PAGOS DEBAN ESTAR AL DÍA PARA PODER RECOGER SU RECTA.

*** ACUERDOS DE PAGO PARA SERVICIOS VENCIDOS. TODOS LOS COPAGOS SON PAGADEROS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ***

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 EN ACUERDO CON ELLAS.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE
(SI ES APLICABLE)

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

METODO DE PAGO: EFECTIVO _____ CHEQUE _____ TARJETA DE CREDITO _____ SEGURO _____

NOTA: COMISIÓN MÍNIMA POR DEVOLUCIÓN DE CHEQUE DE \$25



2230 SW 19th 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 19th 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 asi 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:

- AdventHealth Ocala, 1500 SW 1st Avenue, Ocala, FL 34471 352.351.7200
- HCA Florida Ocala Hospital, 1431 SW 1st Avenue, Ocala, FL 34471 352.401.1000
- HCA Florida Ocala Hospital West Marion Community Hospital, 4600 SW 46th Corte, Ocala, FL 34474 352.291.3000
- TimberRidge Imaging Center, 9521 SW HWY 200, Ocala, FL 34481 352.671.4300
- Advanced Imaging Center, 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 _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO

Médico de Cabecera/Clinica: _____ Fue referido por su médico? Si / No

Motivo de visita: _____

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS: _____

Historial Medico	Si	No	Cirugias y Operaciones	Si	No
¿Ha tenido cáncer de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos / Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melanoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de articulaciones? Cuales?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinoma Basocelular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinoma de Celulas Escamosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de trasplante de órgano: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido anomalías / Lunares Displasicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ligadura de Trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido queratosis actínica precancerosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras cirugías: _____		
Haga una lista de cualquier otra afección de la piel que tenga: (Ejemplo: Eczema, Psoriasis, Acne, Rosacea, Vitiligo) _____			_____		
Usa protector solar? SPF # _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Utiliza cabinas de bronceado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha tenido quemaduras solares con ampollas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se cura con cicatrices gruesas (queloides)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sangra / Le salen moretones fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tiene reaccion alergica a vendajes o adhesivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Necesita antibióticos para el dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha tenido infecciones por estafilococos / SARM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trabaja al aire libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fuma? Numero de cigarros al dia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bebe alcohol? Numero de bebidas al dia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Toma aspirina? Anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Es alérgico a la anestesia local?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Antecedentes FAMILIARES	Si	No
Cancer de Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melanoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinoma Basocelular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinoma de Celulas Escamosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías / Lunares Displasicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Autoinmune (Lupus, Artritis Reumatoide, Esclerosis Multiple, Enfermedad de Crohn, Colitis, Tiroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque con un Circulo sus Problemas Medicos						
Cancer	Seno	Próstata	Colon			
Inmune	VIH	Inmunodeficiencia				
Ojos	Glaucoma	Catarata	Rosacea			
Nariz	Alergias estacionales	Rinitis crónica				
Corazon	Presión arterial alta	Infarto				
	Colesterol alto	Fibrilación auricular				
	Problemas de las válvulas cardíacas	Trastorno de coagulación				
Pulmones	EPOC	Asma	Tuberculosis			
Gastro	Reflujo ácido	Colitis	Intestino irritable			
	Hepatitis B	Hepatitis C				
Articulaciones	Artritis	Reemplazo de articulaciones				
Cerebro	Derrame cerebral	Convulsiones	Migrañas	Dolor de cabeza		
Mujeres					Endocrino	Tiroides Diabetes Ovario poliquístico
Embarazada	Amamantando	Ciclos Menstruales Irregulares			Psicología	Depresión Ansiedad Déficit de atención
Planeando Embarazo	Píldoras anticonceptivas				Otro	

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Doctor

Fecha



Ocala Family Medical Center

2230 SW 19th Avenue Road
Ocala, FL 34471
(352) 237-4133

Estimado Paciente:

Bienvenido a OFMC. Nuestro objetivo es mejorar su calidad de vida. Es nuestra póliza cobrar por las citas perdidas a una tarifa de:

Atención Primaria

Cita para Nuevo Paciente: \$50.00

Cita de Seguimiento: \$50.00

Especialista

Cita para Nuevo Paciente: \$100.00

Cita de Seguimiento: \$75.00

Procedimientos Perdidos: \$100.00

Terapia física

Evaluación inicial: \$100.00

Procedimientos Perdidos: \$75.00

Radiología

Citas de Tomografía: \$100.00

Citas de Resonancia Magnética: \$100.00

Citas de Procedimientos Nucleares: \$100.00

Citas de Ultrasonido: \$100.00

Ayudenos a brindarle un mejor servicio manteniendo sus citas programadas. Si no puede asistir a su cita, llame al (352) 237-4133 para cambiar su cita con al menos 24 horas de anticipacion.

Atentamente,
El personal de Ocala Family Medical Center

He leído y entiendo la póliza anterior de no presentame.

Imprimir Nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha