

## 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:
----------------------------------	---

### FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Apellido:	Nombre:	Inicial:	PT#
Género:	Identidad de Género:	Orientación Sexual:	
Dirección de correo:			Apt #
Ciudad, Estado, código postal:		Fecha de nacimiento:	
Vivio aquí:		Desde (Mes)	
		Hasta (Mes)	
Empleador o escuela:	Estado de empleo:	Móvil #:	
SSN#	Marital:	Casa #:	
Carrera:	Etnicidad:	Trabajo #:	
Idioma:	Correo electrónico:		

### \*\*\*\* Información de contacto del paciente \*\*\*\*

- Consentimiento para dejar mensajes con información detallada
- Consentimiento para dejar mensajes con el número de devolución de llamada, extensión y nombre solamente

Deseo ser contactado de la siguiente manera:

**(aplique el número 1-4 que indica el método de contacto preferido)**

___ <input type="checkbox"/> Casa	___ <input type="checkbox"/> Trabajo	___ <input type="checkbox"/> Móvil:	___ <input type="checkbox"/> Portal del Paciente
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

**HIPAA Consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI) a la(s) siguiente(s) persona(s):**  
 (es decir, recoger sus recetas, divulgar registros médicos, discutir información de facturación / clínica)

**Este formulario reemplaza todos los formularios anteriores**

Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:

#### HIPAA Consentimiento para divulgar información médica protegida (PHI) a los registros de pacientes

Consentimiento para presentar PHI a registros de pacientes  Sí  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:
-----------------------	-------------------------	-----------

¿Tienes un testamento en vida? Si  No  En caso afirmativo, copia provista: Si  No

#### Seguro Primario

Nombre del plan / póliza:	Fecha efectiva:
Identificación de miembro:	

#### Seguro Secundario

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: \_\_\_\_\_

<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 _____</p> <p># 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 (sírvese 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 (sírvese 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:  _____</p> <p>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 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

**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 \_\_\_\_\_



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 \_\_\_\_\_



**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