

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: | Inicial: | PT# |
| Dirección de correo: | Apt # | Edad: | Género: |
| Ciudad, Estado, código postal: | Fecha de nacimiento: | | |
| Empleador o escuela: | Estado de empleo: | Móvil #: | |
| SSN# | Marital: | Casa #: | |
| Carrera: | Etnicidad: | Trabajo #: | |
| Idioma: | Correo electrónico: | | |
| *** Divulgación de contacto *** | | | |
| 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. | | | |
| Opción 1 <input type="checkbox"/> Consentimiento para dejar mensajes con información detallada y | | | |
| Opción 2 <input type="checkbox"/> Consentimiento para dejar mensajes con el número de devolución de llamada, extensión y nombre solamente | | | |
| 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) | | | |
| Nombre: | Relación con la paciente: | | |
| Nombre: | Relación con la paciente: | | |
| HIPAA Consentimiento para divulgar información médica protegida (PHI) a los registros de pacientes | | | |
| 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: | | | |

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>HISTORIAL MÉDICO</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>HISTORIA SOCIAL</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>CIRUGÍAS y operaciones: 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"/> 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>Historia de familia: 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 style="text-align: center;">OB/GYN</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 style="text-align: center;">MEDICAMENTOS ACTUALES</p> <p>_____ _____ _____ _____</p> |
| | | <p style="text-align: center;">ALERGIAS</p> <p>_____ _____ _____</p> |
| | | <p style="text-align: center;">INMUNIZACIONES</p> <p style="text-align: center;"><u>Fecha de recepción</u></p> <p>_____ De tétanos _____ De hepatitis a _____ De hepatitis b _____ De gripe _____ De neumonía</p> <p>Other _____</p> |

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 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 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 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 1st Avenue, Ocala, FL 34471 352.351.7200
- Ocala Regional Medical Center, 1431 SW 1st Avenue, Ocala, FL 34471 352.401.1000
- 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, 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