

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?	☐ Familia ☐ Amigo ☐ Directorio telefónico ☐ Anuncios ☐ Internet ☐ 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 ☐ Consentimiento para dejar mensajes con información detallada Y			
Opción 2 ☐ 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): ESTE FORMULARIO REMPLAZA TODOS LOS FORMULARIOS ANTERIORES (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 ☐ 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 con la paciente:			
¿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:			
Farmacia Preferida			
Nombre:	Dirección:	Teléfono:	
Nombre:	Dirección:	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: _____

Revised: 06/27/2025

Name _____ DOB _____ Date _____

HISTORIAL MÉDICO	HISTORIA SOCIAL	Historia de familia: Tiene sangre ¿pariente tenía alguna de las siguientes?
¿Ha tenido cualquiera de los siguientes? En caso afirmativo, por favor, marque la casilla.	¿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 _____	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) _____
☐ 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 _____	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 _____	OB/GYN Período menstrual anterior _____ ¿Sexualmente active? ☐ Sí ☐ No Número de embarazos _____ Número de miscarriages _____ 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
ALERGIAS _____ _____ _____	MEDICAMENTOS ACTUALES _____ _____ _____ _____ _____ _____	

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 DE 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 _____



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