

# ofm Orlando Family Medical, Inc.

Cómo se entero de nosotros: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Apt.: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Tienes seguro medico? Sí No ¿Tienes un seguro secundario?? Sí No

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_ Asiático, \_\_\_ Nativo de Hawai u otra Pacífico, \_\_\_ Negro o afroamericano, \_\_\_ Blanco, \_\_\_ Hispano, \_\_\_ Otro

Etnia: \_\_\_ Hispano o Latino, \_\_\_ No Hispano o Latino, \_\_\_ Se negó a Informe

Idioma: \_\_\_ Inglés, \_\_\_ Español, \_\_\_ Otro

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de su farmacia: \_\_\_\_\_, Teléfono : \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS

Solicito el pago de Medicare autorizado u otros beneficios de la compañía de seguros se hará en mi nombre a Orlando Family Medical, Inc. por los servicios proporcionados a mí por ese partido que acepta la normativa de asignación / médico perteneciente a la asignación de beneficios de Medicare aplican.

Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí para liberar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios de portadores cualquier información necesaria para esto o un reclamo de Medicare / otra reclamación compañía de seguros relacionado. Autorizo Orlando Family Medical para ver y obtener la reconciliación de medicamentos externa de otros proveedores. Me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del pago original y la solicitud de beneficios de seguro médico, ya sea a mí o al partido que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al médico de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar por mi tratamiento (Sección 1128B de la Ley de Seguridad Social y 31 USC 38/01-3812 proporciona sanciones por retener esta información.)

Solicito que el pago bajo el Medicare u otro programa (s) de seguro médico se hará a Orlando Family Medical, Inc. durante el tiempo que sigo recibiendo servicios de ellos. Si yo fuera a recibir cheques (pagos) destinados como pago por los servicios prestados por Orlando Family Medical, Inc. de Medicare u otras compañías de seguros (es), me adhiero inmediatamente y me vuelvo a Orlando Family Medical, Inc. por los servicios rendido.

Entiendo que soy responsable del pago de todos los cargos y tarifas a Orlando Family Medical, Inc. a los que tienen derecho a cobrar que no son pagados por Medicare o cualquier otro seguro.

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

931 W. Oak Street, Ste 103, Kissimmee, FL 34741, O-407-931-0444, F-407-962-4446  
1718 Woolco Way, Orlando, FL 32822, O-407-\*931-0444, F-407-674-7887  
900 Towne Center Dr., O-407-931-0444, F-407-978-6639

# *ofm* Orlando Family Medical, Inc.

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

La Ley del Estado de la Florida garantiza que usted tiene el derecho y la obligación de tomar decisiones sobre su atención médica. Su médico le puede proporcionar la información y el asesoramiento necesarios, sino como un miembro del equipo de salud, usted debe entrar en el proceso de toma de decisiones. Este formulario ha sido diseñado para reconocer su aceptación de tratamiento recomendado por su médico.

Reconozco también que voy a tener plena oportunidad de discutir esta información con mi médico y por este medio consentir a la atención / tratamiento médico.

También reconozco que el propósito de la atención, la forma alternativa razonable de la terapia, el riesgo del tratamiento recomendado y alternativos y los riesgos de la atención que antecede se explicará a mí.

Doy mi consentimiento y autorizo a mi médico y cualquier otro profesional de la salud como designado para llevar a cabo cualquier examen físico y los procedimientos de diagnóstico de rutina sobre mí. También doy mi consentimiento y autorizo a mi médico a prescribir un régimen terapéutico, que voy a seguir. A menos que se niegan de forma explícita, consiento que el procedimiento de diagnóstico (s) y la inmunización (s) ordenada por mi médico pueden realizar en mí a pesar de los riesgos y complicaciones que pudieran estar implicados, que se explicarán a mí en el momento en que se ordenan .

Autorizo Orlando Family Medical para ver y obtener la reconciliación de medicamentos externa de otros proveedores.

Número de Queja número gratuito # 1-888-419-3456

La línea de abuso es 1-800-96-Abuse (962-2873)

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo \_\_\_\_\_ autorizó Orlando Family Medical, Inc para liberar / discutir mi información de salud, ya sea por teléfono o en persona, con:

Nombre	Relación	Identificador
Nombre	Relación	Identificador
Nombre	Relación	Identificador

Esta autorización es válida hasta: \_\_\_\_\_ o hasta \_\_\_\_\_  
Fecha Evento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente Fecha

# *ofm* Orlando Family Medical, Inc.

## DIRECTRICES AVANZADAS

Para el cumplimiento de la Ley de Autodeterminación del Paciente

¿Ha ejecutado una directiva anticipada?      Sí              No

En caso afirmativo, ¿es esta Directiva en forma de:

\_\_\_\_\_ Un testamento vida

\_\_\_\_\_ Un poder notarial duradero

\_\_\_\_\_ Un HealthCare Sustituto

Si ha ejecutado una instrucción anticipada en cualquiera de los formatos anteriores, tienen que ya ha proporcionado esta oficina con una copia?      Sí              No

Si desea más información sobre las directivas anticipadas, por favor preguntar a la recepcionista o asistente médico.

Se me ha proporcionado información sobre la Ley de Autodeterminación del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

# **ofm** Orlando Family Medical, Inc.

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO#: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

### OBTENER INFORMACIÓN:

### ENVÍEN INFORMACIÓN A:

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

PROVIDER: ORLANDO FAMILY MEDICAL, INC.

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

ADDRESS: 931 W Oak Street, Ste 103

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CITY, STATE, ZIP: Kissimmee, FL 34741

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

PH: 407-931-0444, FAX: 407-962-4446

AUTORIZO la siguiente información a revelar: (por favor inicial todo lo que corresponda):

_____ Todo el Registro	_____ Registros HIV	_____ Los registros de facturación
_____ Cartilla de vacunación	_____ Registros STD	_____ Otro
_____ Prueba de laboratorio	_____ Psiquiátrica / Salud Mental	_____ Fecha(s)
_____ Prueba de la tuberculosis	_____ Alcohol / Uso de Sustancias	

RAZÓN para la divulgación de información de salud: (Por favor inicial)

_____ A petición mía	_____ Trabajo	_____ Otro _____
_____ Atención continua	_____ Scholl	
_____ Legal	_____ Seguro Medico	

Expiración de esta Autorización: (por favor inicial uno)

\_\_\_\_\_ 90 días después de la fecha de la firma      \_\_\_\_\_ En esta fecha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cuando este evento ocurre \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PACIENTE:

- Yo entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización. Para retirar, por favor firme abajo.
- Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento.
- Entiendo que una vez que mi información de atención médica se revela como lo he autorizado, podría ser divulgada por el recipiente y deja de estar protegido por Orlando Family Medical.
- Yo entiendo que firmar esta autorización no anula ningún derecho que tengo bajo otras leyes estatales o federales.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (padre, madre o representante legal, en su caso)      Relación      Fecha

# **ofm** Orlando Family Medical, Inc.

## Acuse de Recibo sobre de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido y entiendo Orlando Family Medical, Aviso de prácticas de privacidad que contienen una descripción de los usos y revelaciones de mi información médica Inc.. Además, entiendo que Orlando Family Medical, Inc. puede actualizar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que puedo recibir una copia actualizada de Orlando Family Medical, Inc. Aviso de prácticas de privacidad mediante la presentación de una solicitud por escrito para que una copia actualizada de Orlando Family Medical, Inc. Aviso de prácticas de privacidad.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si completado por el representante personal del paciente, por favor escriba el nombre y firme abajo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### Para el uso oficial solamente de Orlando Family Medical, Inc.

**Complete este formulario si no puede obtener la firma del paciente o del representante personal del paciente.**

Orlando Family Medical, Inc. hizo un esfuerzo de buena fe para obtener reconocimiento por escrito del paciente de la Notificación de prácticas de privacidad, pero no pudo hacerlo por las razones documentadas a continuación:

- Paciente o representante personal del paciente se negaron a firmar
- Paciente o representante personal del paciente no puede firmar
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Poliza de Medicamentos Recetados

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento:

La ley exige el uso responsable de los medicamentos recetados por los médicos y los pacientes. Si acepta una receta de uno de nuestros médicos, también está aceptando la responsabilidad de utilizar el medicamento

por sí mismo y sólo según las indicaciones. Nuestra responsabilidad consiste en recetar medicamentos en una dosis apropiada y ascende, con instrucciones claras. También le informará de las razones que estamos prescribiendo el medicamento, los beneficios esperados de su uso y las principales precauciones y efectos secundarios. Vamos a responder a cualquier pregunta que pueda tener sobre el medicamento recetado que se les está dando.

Los medicamentos recetados tienen potencial de abuso y son reguladas muy de cerca por las agencias estatales y federales. Ciertos medicamentos más estrechamente controlados (analgésicos narcóticos y tranquilizantes) requieren aún más la responsabilidad de su parte. Vamos a aceptar que no hay excusas para su pérdida o robo y no vamos a pedir reemplazos. No vamos a prescribir, si usted los está utilizando no sea exactamente como lo prescrito o están recibiendo de otra fuente. Esperamos que notifique a nuestra oficina si cambia las farmacias, por lo que el orden en la primera tienda puede ser cancelada. Muchos medicamentos recetados son apropiados sólo para uso a corto plazo. Si y cuando sentimos que no está en su mejor interés de continuar en un medicamento, le informaremos. Si no estamos de acuerdo acerca de su uso continuado

de una sustancia, entonces vamos a requerir consultas adicionales con otro especialista para ayudar a decidir sobre el curso de acción correcto. Nos reservamos el derecho de hacer las pruebas de drogas al azar para cualquier persona que toma medicamentos narcóticos.

Nuestra oficina también requiere una política llamada de 24 a 48 horas para la recarga de sus medicamentos no narcóticos. Cuando los medicamentos se están agotando y se siente que necesitará una dosis adicional, por favor tenga la farmacia nos envía un fax de los medicamentos que usted necesita o llame a nuestra oficina con el nombre de su número de teléfono farmacia y farmacia 24-48 horas antes para que vamos a tener tiempo suficiente para consultar a su médico tratante y luego llame a su medicamento en su farmacia. Las sustancias reguladas no se prescriben de esta oficina ya que no somos una clínica de manejo del dolor con licencia.

El incumplimiento de estas políticas obligará a nuestra oficina para terminar nuestra relación profesional con usted y nos puede requerir para presentar un informe con el Departamento de Justicia de Estados Unidos Drug Enforcement Administration (DEA) o la Policía Local.

Si usted está de acuerdo con toda la información que se ha proporcionado anteriormente, por favor firme su aceptación a cumplir con estas políticas.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**