

## FORMULARIO DE INFORMACION PERSONAL

### INFORMACION DEL PACIENTE:

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE (PRIMER): \_\_\_\_\_ NOMBRE (SEGUNDO): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO (M/F): \_\_\_\_\_ N° SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(MES/DIA/AÑO)

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
(NUMERO, CALLE)

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE CONTACTO:

N° TELEFONO FIJO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N° TELEFONO CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO (E-MAIL):  
\_\_\_\_\_

JEFE DE HOGAR: \_\_\_\_\_ N° DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ N° DE TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ N° DE TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ N° DE TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SU SEGURO MEDICO: (POR FAVOR PROPORCIONE COPIAS DE SU SEGURO MEDICO Y DE SU IDENTIFICACION)

SEGURO MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

SEGURO MEDICO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

SEGURO DE AUTOMOVILES: \_\_\_\_\_

Por favor marque si tiene o ha tenido alguna/s de las siguientes enfermedades. Si no esta seguro, deje en blanco.

	Usted	No	Familia		Usted	No	Familia		Usted	No	Familia
Exceso de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de				Papera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias (otras a				riñón/vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crisis Nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de				Tratamientos			
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	con Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad				Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de			
Tendencia a				Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	transmisión			
desangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias de las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de células			
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	temporadas				falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque de				Úlceras del			
Cardiopatía				Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pólipos Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos ferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Operaciones:** Liste e indique el año aproximado.

---



---



---



---

**Lesiones Serias:** (Diferentes de las de arriba) Liste las lesiones e indique la fecha aproximada.

---



---



---



---

**Hospitalizaciones:** (Diferentes a las operaciones, especialmente en el ultimo año).

---



---



---



---

**Medicamentos:**

¿Usted consume alguno de los siguientes medicamentos?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma con sibilancias               | <input type="checkbox"/> Pastillas para dormir/Tranquilizantes |
| <input type="checkbox"/> Aspirina, Bufferin, Anacin,        | <input type="checkbox"/> Medicina para Tiroides                |
| <input type="checkbox"/> Tylenol o productos similares.     | <input type="checkbox"/> Para estómago o digestivas            |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para la presión arterial | <input type="checkbox"/> Para reducir de peso                  |
| <input type="checkbox"/> Cortisona, Prednisone              | <input type="checkbox"/> Anticoagulantes o Coumadin            |
| <input type="checkbox"/> Medicina para la tos               | <input type="checkbox"/> Dilantin                              |
| <input type="checkbox"/> Digitalis o para el corazón        | <input type="checkbox"/> Diureticos (water pills)              |
| <input type="checkbox"/> Hormonas                           | <input type="checkbox"/> Antibioticos                          |
| <input type="checkbox"/> Insulina o pastillas para diabetes | <input type="checkbox"/> Phenobarbital / barbiturates          |
| <input type="checkbox"/> Medicina para Anemia               | <input type="checkbox"/> Vitaminas                             |
| <input type="checkbox"/> Laxantes                           | <input type="checkbox"/> Otros medicamentos                    |
| <input type="checkbox"/> Motrin, Advil                      |  |

**Liste cada droga, dosis, y cuan seguido la toma.**

---



---



---



---



---



---



---



---

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si  No

En caso de respuesta positiva, por favor liste los medicamentos y la reacción que tuvo con ellos:

---



---



---



---

**¡POR FAVOR TRAIGA TODOS LOS MEDICAMENTOS  
QUE USTED ESTA TOMANDO A CADA VISITA MEDICA!**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna molestia referida a a su salud que sea importante para usted hoy?

Por favor marque **SI** a las siguientes preguntas **SOLO** si el problema es de preocupación significativa en el mes pasado (hace un mes) o a menos que la pregunta específicamente diga **"SIEMPRE"**.

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:**

	SI	NO		SI	NO
<b>1. GENERAL:</b>					
¿Generalmente se siente cansado o desgastado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez quiso suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estuvo bebiendo mayor cantidad de agua u otros fluidos recientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez escuchó voces o vió personas cuando no había nadie alrededor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado un inusual aumento o pérdida de peso recientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4. OJOS:</b>		
<b>2. CARDIOVASCULAR:</b>					
¿Tiene dolor, tension o presión en la parte delantera o trasera del pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez tuvo:		
¿Le han dicho alguna vez que su electrocardiograma no es normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún tipo de dolor en sus ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna hinchazón en sus pies o tobillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Glaucoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su corazón late rápido o irregular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Visión borrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le dan calambres en los músculos de las pantorrillas cuando camina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Aura alrededor de luces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus dedos de las manos o de los pies se ponen fríos, se entumecen, o se tornan blancos o azules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cambio en la vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:</b>					
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o severos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cataratas o implantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene momentos de debilidad, mareos o vertigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa anteojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A veces pierde la habilidad de hablar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuando fue la ultima vez que vio a un oftalmólogo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recientemente se desmayó, o perdió conocimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5. ORL: (Otorrinolaringólogo)</b>		
¿Tiene algún problema recordando eventos recientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted tiene...		
¿Tuvo alguna vez convulsions o ataques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún problema para oír?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zumbido o ruido en las orejas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Alguna descarga en las orejas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Algún drenaje debajo de su garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Frecuente o severo sangrado de nariz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ronquedad persistente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Encías sangrantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Usa algún dispositivo para ayudarlo a escuchar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO		SI	NO
<b>6. GASTROINTESTINAL:</b>			<b>9. MUSCULOESQUELÉTICO:</b>		
¿Ha tenido recientemente algún cambio en su hábito de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo alguna vez problemas en la parte baja de la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado algún problema al tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su problema de espalda interfiere con su trabajo o actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene mucha acidez o indigestión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolores en las articulaciones o artritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez vomitó sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas para caminar o para usar su cintura o rodillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de estreñimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Tiene diarreas frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>10. RESPIRATORIO:</b>		
<b>7. PIEL:</b>			¿Usted tiene:		
Usted tiene:			Frecuentes resfriados de pecho o neumonía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún cambio en el color de su piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Una tos molesta constante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún sarpullido o picazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún crecimiento o ganglios en su piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna herida que no se cura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancias o silbidos en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún cambio en el color o tamaño en las verrugas o lunares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>11. MUJERES SOLAMENTE:</b>		
<b>8. GENITOURINARIO:</b>			¿Estuvo embarazada alguna vez?		
¿Usted tiene:			¿Cuántas veces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor o quemazon cuando orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo algún tumor en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para pasar agua frecuentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo algun desangre anormal en la vagina en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para levantarse de noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha pasado por la menopausia o algún cambio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas perdiendo orina cuando tose o estornuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún prolapso (caída) de vagina o del útero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con goteo de orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido una histerectomía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuvo sangre en su orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún drenaje de vagina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuvo una operacion preventiva para el embarazo? (vasectomía o esterilización)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOMBRE: ¿Tiene problemas de prostata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Tuvo herpes alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**ARREGLOS DE VIVIENDA:**

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Es propietario de su hogar?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alquila o renta el hogar donde vive?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Vive solo?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene un testamento?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene un testamento vital o voluntad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Necesita otra asistencia legal?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**HÁBITOS PERSONALES:**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usted fumó alguna vez?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fuma regularmente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Número de cigarrillos por día: _____  |                          |                          |
| Habanos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/>  |                          |                          |
| ¿Cuánto tiempo que lleva fumando? _____ años  |                          |                          |
| Marque si usted toma regularmente:  |                          |                          |
| Bebida Blanca (por día): 1-3oz <input type="checkbox"/> mas de 3oz por día <input type="checkbox"/>                               |                          |                          |
| Cerveza (por día): 1 botella <input type="checkbox"/> 2 botellas <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/>        |                          |                          |
| Vino (por día): 1 vaso <input type="checkbox"/> 2 vasos <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/>                 |                          |                          |
| ¿Usted consume café?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Consumes mas de tres tazas de café por día?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Realiza actividad física?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regularmente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/>                  |                          |                          |
| ¿Ha consumido alguno de los siguientes?:  |                          |                          |
| Marihuana <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Anfetamina (Speed) <input type="checkbox"/> Otras sustancias similares <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |

**ESTILOS DE VIDA (OPCIONAL):**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Es usted sexualmente activo?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si usted es sexualmente activo por favor responda: |                          |                          |
| Preferencia Sexual:                                |                          |                          |
| Compañero del mismo sexo                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compañero del sexo opuesto                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compañero de ambos sexos                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted usa anticonceptivos constantemente?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**ACTIVIDADES COTIDIANAS:**

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usted usa:   |                          |                          |
| Bastón?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Caminador?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Silla de ruedas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Audífonos o algun aparato para escuchar?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonda para la orina?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Los mencionados anteriormente estan en buenas condiciones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene problemas para usar el hinodoro?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted maneja?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si no maneja, usted depende de:                             |                          |                          |
| Un familiar o amigo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transportación pública?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**OCUPACIÓN:**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Esta usted empleado ahora?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su trabajo involucró o involucra alguna actividad Inusual, expuesto al polvo, ruidos, radioactividad, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está usted limitado en su trabajo por alguna discapacidad?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tipos de trabajo que ha hecho: _____   |                          |                          |
| _____  |                          |                          |
| _____  |                          |                          |

**HISTORIA SOCIAL:**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Ha vivido o viajado recientemente afuera de los Estados Unidos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted come menos de tres comida en el día?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene algún tipo de restricción par alas comidas?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa algún tipo de servicio comunitario ahora?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**ASSOCIATES IN FAMILY PRACTICE OF BROWARD, L.L.C.**

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

YO, \_\_\_\_\_, ENTIENDO QUE ASSOCIATES IN FAMILY PRACTICE TIENE UNA TARIFA DE \$25.00 (POR AUSENCIA) PARA CUALQUIER O TODAS LAS CITAS QUE NO SE PRESENTE. YO ME HAGO RESPONSABLE ECONÓMICAMENTE POR ESE MONTO. ENTIENDO QUE ESTA POLÍTICA DE, ASSOCIATES IN FAMILY PRACTICE, REQUIERE UNA CANCELACIÓN PREVIA DE POR LO MENOS 24 HORAS PREVIAS AL HORARIO DE LA CITA. MUCHAS GRACIAS, POR ADELANTADO, POR SU COOPERACIÓN Y POR ENTENDER NUESTRA POLÍTICA POR AUSENCIA. ENTIENDO QUE SOY ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS, INDEPENDIEMENTE DE SI MI SEGURO MÉDICO CUBRE O NO ALGUNO DE ELLOS. ADEMÁS RECONOZCO QUE EN EL EVENTO DE QUE ASSOCIATES IN FAMILY PRACTICE SE VEA OBLIGADO A RETENER LOS SERVICIOS DE UNA AGENCIA DE COLECCIÓN Y/O DE UN ABOGADO; YO SERÉ RESPONSABLE POR LA COLECCIÓN Y/O CARGOS LEGALES. POR LA PRESENTE, AUTORIZO A LOS DOCTORES A LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA A MI SEGURO MÉDICO PARA ASEGURAR EL PAGO SEGURO DE LOS BENEFICIOS. TAMBIÉN AUTORIZO EL USO DE ESTA FIRMA EN TODAS LAS SUMISIONES DEL SEGURO Y COMO AUTORIZACIÓN PARA PAGOS ENVIADOS A ASSOCIATES IN FAMILY PRACTICE, EN 4801 S. UNIVERSITY DR. STE. 104 DAVIE, FL, 33328.

POR LA PRESENTE, AUTORIZO LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

ADMINISTRACIÓN Y RENDIMIENTO DE TODOS LOS TRATAMIENTOS, RENDIMIENTO DE TALES PROCEDIMIENTOS, USO DE MEDICACIÓN RECETADA, RENDIMIENTO DE TRATAMIENTOS DIAGNOSTICOS, EXÁMENES Y CULTURAS EN TANTO DEBERÁN SER ESTIMADOS NECESARIAMENTE O ACONSEJADAS EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE. RENDIMIENTO DE OTROS ACEPTADOS LABORATORIOS MEDICOS QUE PODRIAN SER CONSIDERADOS MEDICAMENTE NECESARIOS, BASADOS EN EL JUICIO DEL MÉDICO O PROFESIONAL DESIGNADO. ENTIENDO COMPLETAMENTE QUE ESTO ES ENTREGADO EN ADELANTO A CUALQUIER DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO ESPECÍFICO. ENTIENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO CONTINUARÁ NATURALMENTE AÚN DESPUÉS DE QUE UN ESPECIFICO DIAGNOSTICO SE REALIZE Y SE RECOMIENDE UN TRATAMIENTO. ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERA EN EFECTO COMPLETO HASTA QUE SEA REVOCADO EN ESCRITO. YO, PERSONA FIRMANTE, ENTIENDO QUE ASSOCIATES IN FAMILY PRACTICE USARÁ Y COMPARTIRÁ MI INFORMACIÓN CON EL PROPÓSITO DE TRATAMIENTO, PAGOS, Y OPERACIONES RELACIONADAS AL CUIDADO DE LA SALUD COMO ESTÁN DESCRIPTAS EN EL AVISO DE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS. UNA FOTOCOPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO PODRÁ SER CONSIDERADA VÁLIDA COMO EL ORIGINAL. PACIENTES DE MEDICARE: YO AUTORIZO A LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE A MI PERSONA A LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURO SOCIAL O SUS INTERMEDIARIOS PARA MIS RECLAMOS DE MEDICARE. ENTIENDO QUE SE ME HA SIDO ENTREGADO LA NOTA DE ASSOCIATES IN FAMILY PRACTICE DE PRÁCTICAS PRIVADAS. ENTIENDO QUE SI TENGO ALGUNA PREGUNTA, O QUEJAS DEBERÉ CONTACTAR AL OFICIAL PRIVADO. YO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE LA DECLARACIÓN DE ARRIBA Y DOY COMPLETO Y VOLUNTARIO CONSENTIMIENTO A SU CONTENIDO.

Consentimiento, Autorización, y Asignación de los Beneficios del Paciente:

YO ASIGNO LOS BENEFICIOS PAGABLES POR LOS SERVICIOS A ASSOCIATES IN FAMILY PRACTICE OF BROWARD, L.L.C., YO, el que suscribe (paciente/asegurado) sabiendo, voluntariamente e intencionalmente asigno los derechos y beneficios de mi seguro de automovil, conocido como Política de Seguro de Protección de Lesión Personal Personal y Pagos Medicos (Personal Injury Protection and Medical Payments Policy) al proveedor del cuidado de salud arriba mencionado. Entiendo que es la intención del proveedor de aceptar esta asignación de beneficios en lugar de demandar pagos a la hora que servicios estan siendo prestados. Entiendo que este document permitirá al proveedor a llenar peticiones de pagos en contra de la aseguradora por beneficios del asegurado, y para buscar daños y perjuicios del asegurador segun estatuto de la Florida § 627.428.

**Recibo de Nota de Prácticas Privadas.**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de la Nota de Prácticas Privadas de Associates in Family Practice.

Los medicos y el equipo de trabajo de Associates in Family Practice tienen mi permiso para hablar con los siguientes miembros de mi familia o amigos, en referencia a mi estado de salud:

\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Los medicos y el equipo de trabajo de Associates in Family Practice tienen mi permiso para dejar mensajes en el contestador automatico de mi teléfono .

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No, y/o de llamarme a mi lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No.

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha