



5112 N. Habana Ave. Tampa, FL 33614 | Phone: (813)374-2406 | Fax: (813)374-2407
www.AccordMedicalGroup.com

INFORMACION DE PACIENTE NUEVO

Nombre del Paciente: _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo : Hombre Mujer Transgénero #de Social Security: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado/Separado

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Correo Electrónico Personal: _____

Número Telefónico Primario: _____ Tipo: Casa Celular Trabajo

Número Telefónico Secundario: _____ Tipo: Casa Celular Trabajo

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano/ No Latino Raza: Indio American o Nativo de Alaska Asiático
 Negro/ Afroamericano Nativo de Hawái o otra isla Pacífica Blanco Otro: _____

Información de Trabajo

Nombre de la compañía: _____

Teléfono: _____ Ext: _____

Información de Seguro

Primario: _____ Secundario: _____

ID de Póliza: _____ ID de Póliza: _____

Titular de Póliza: _____ Titular de Póliza: _____

Fecha de Nacimiento de titular: _____ Fecha de Nacimiento de titular: _____

Relación del paciente a titular: _____ Relación del paciente a titular: _____

Sexo de Titular: Hombre Mujer Sexo de Titular: Hombre Mujer

Farmacia: _____ Ubicación: _____

Teléfono de Farmacia: _____

How did you hear about Accord Medical Group?

Doctor Familia o amigo Seguro Evento TV Radio Correo
 Página de internet Directorio Telefónico Letrero de edificio Otro: _____



5112 N. Habana Ave. Tampa, FL 33614 | Phone: (813)374-2406 | Fax: (813)374-2407
www.AccordMedicalGroup.com

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Declaración de responsabilidad financiera: - Yo entiendo que soy responsable de los pago de esta cuenta, y por la presente asumo y garantizo el pago de todos los gastos incurridos.

Aviso de servicios "no cubiertos": - Sé que algunos de los servicios prestado por la clínica pueden ser considerados como "no cubiertos" por mi compañía de seguros o por Medicare, por lo tanto, estoy de acuerdo que soy totalmente responsable del pago de estos servicios.

Exención de las cláusulas "habituales, habituales y razonables" (para pacientes con cobertura "fuera de la red")- Reconozco que las tarifas cobradas por la clínica por todos los servicios a mí o a la persona por la cual asumo la responsabilidad financiera pueden exceder las tarifas consideradas "habituales, habituales y razonables" debido a servicios y personal especializados. Sin embargo, acepto pagar las tarifas de la clínica en su totalidad, incluso si el monto es mayor que lo que me reembolsa de mi compañía de seguros.

Cobro/ Instrucciones de Pago

_____ Seguro Comercial
Inicie aquí

_____ Medicare
Inicie aquí

_____ *Medigap
Inicie aquí

Por la presente autorizo a la clínica para que cobre a mi compañía de seguros y / o Medicare (indicada o rubricada arriba) por todos los servicios que se me brindan y solicito que los pagos por dichos servicios se realicen a la clinicaa en mi nombre.

***Si es Medigap:** _____
Nombre del beneficiario Poliza de Medigap Número de reclamo de seguro de salud

List Names of Those with Whom You Want Us to Share Your Financial Responsibility Information:

Nombre:

Relación:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Contrato financiero- Con esta fima, aceptó como paciente o representante del paciente, que de acuerdo a los servicios que se prestarán al paciente, él / ella se obliga a pagar la cuenta de la clínica de acuerdo con el tasas y términos de la clínica. En caso de que la cuenta sea referida a una agencia externa o a un abogado para cobros, el abajo firmante acuerda pagar un cobro razonable y honorarios de abogados por los gastos de cobro.

Nombre del paciente: _____
(Letra impresa)

Paciente (o representante legal) firma: _____ Date: _____

Representante legal, relación al paciente: _____



5112 N. Habana Ave. Tampa, FL 33614 | Phone: (813)374-2406 | Fax: (813)374-2407
 www.AccordMedicalGroup.com

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este es un registro confidencial de su historial médico y se mantendrá en nuestra oficina. La información contenida no se divulgará a ninguna persona a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo.

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Paciente Nuevo Paciente Establecido

¿Qué preocupaciones médicas / de salud te traen a nuestra oficina hoy? _____

Medicamentos- Haga una lista de todos los medicamentos que toma con regularidad (incluya remedios naturales, herbales o de venta libre).

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Historial Medico

¿Alguna vez ha tenido o le han diagnosticado tener (marque todos los que correspondan)?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer 's | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> Presión arterial | <input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes/prediabetes | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Migrañas / dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Osteopenia | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: ¿Tipo? | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Otras Condiciones: |
| _____ | <input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco | <input type="checkbox"/> Neumonía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata | _____ |



5112 N. Habana Ave. Tampa, FL 33614 | Phone: (813)374-2406 | Fax: (813)374-2407
 www.AccordMedicalGroup.com

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Alergias-

¿Tiene alguna alergia conocida a medicamentos o comida? Sí No

Si su respuesta es sí, a que: _____

Historia OB / GYN (solo mujeres):

Edad de la menstruación: _____ Edad de la menopausia: _____ Método anticonceptivo: _____

¿Cuántos embarazos: _____ cuántos niños: _____ vertebral o cesárea _____

Hospitalizaciones y Cirugías- Haga una lista de las hospitalizaciones, cirugías o procedimientos que haya realizado

Condición	Fecha	Condición	Fecha

Historial familiar: Indique si su pariente (s) sanguíneo ha tenido / tiene actualmente lo siguiente al colocar una X en la columna correspondiente:

Miembro familiar	Problema(s) de salud	Salud General
Madre (edad _____)		
Padre (edad _____)		
Hermano(s) (edad _____)		
Hermana(s) (edad _____)		
Abuelo/a(s) (edad _____)		



5112 N. Habana Ave. Tampa, FL 33614 | Phone: (813)374-2406 | Fax: (813)374-2407
 www.AccordMedicalGroup.com

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Historia social

Fuma/ Usa tabaco? Presente Pasado Nunca

Si respondió que sí, responda estas preguntas adicionales:

Tipo: _____ Cantidad al día: _____ Cuanto tiempo(años): _____

¿Toma alcohol? Presente Pasado Nunca

Si respondió que sí, cuantos tragos a la semana: _____

¿Usa drogas recreacionales? Presente Pasado Nunca

Si respondió que sí, tipo: _____

¿Hay algún problema personal o inquietud en el hogar, el trabajo o la escuela que le gustaría discutir?? Si No

Si respondió que sí, tipo: _____

¿Tiene alguna meta personal de salud? Si No

Si respondió que sí, describa: _____

Ocupación: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Si se retiró, ¿cuál fue su ocupación anterior?: _____

Historia de exámenes médicos- Responda las pruebas de detección que ha realizado, la fecha de la última prueba y los resultados

Exámenes Médicos	Si/No/Fecha	Resultados
Vacuna contra el FLU	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Prueba de imagenología (DEXA)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Electrocardiograma (EKG)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Examen Fecal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Mamografía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Prueba de Papanicolaou- Mujeres	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Prueba de próstata- Hombres	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Espirometría	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal



5112 N. Habana Ave. Tampa, FL 33614 | Phone: (813)374-2406 | Fax: (813)374-2407
www.AccordMedicalGroup.com

NORMA DE PRIVACIDAD DE HIPAA- (HIPAA Release Form)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Consentimiento para divulgar mi información

Yo autorizo compartir mi información, incluyendo el diagnóstico, registros; exámenes rendidos e información necesaria. Esta información puede ser compartida con:

Esposo/a: _____

Hijo/a: _____

Otro/a: _____

A nadie

Esta liberación de información permanecerá en vigor hasta su rescisión por mí a través de una escritura.

Mensajes

Por favor llamar a: Casa Trabajo Celular

Si no contesto a su llamada:

Puede dejarme un mensaje con información detallada

Por favor dejar un mensaje que le devuelva la llamada

La mejor hora para contactarme es: (día) _____ Entre las horas: _____

Liberación de Información Médica: Yo reconozco que "cuidado de salud protegida- HIPAA" pertenece a mis diagnósticos y tratamientos en Accord Medical Group incluyendo, pero no limitado a, información relativa a enfermedad mental (excepto a notas de psicoterapia), uso de alcohol o drogas, o enfermedades contagiosas. Yo reconozco que en "El Aviso de Privacidad" proporciona información sobre cómo esta instalación pueda usar o revelar información de salud protegida sobre mis tratamientos, pagos, operaciones de cuidado de salud y/o de otra manera permitido por la ley. Yo entiendo que Accord Medical Group no puede ser responsable por el uso o re-cierre de información por terceros.

Firma: _____ Fecha: _____



5112 N. Habana Ave. Tampa, FL 33614 | Phone: (813)374-2406 | Fax: (813)374-2407
www.AccordMedicalGroup.com

Requisición de récord médico del paciente según la ley HIPAA

Autorización de paciente para el uso y/o divulgación de información médica protegida- Según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Salud de 1996 (HIPAA), una clínica no puede usar ni divulgar su información de salud identificable sin su autorización, excepto como esta explicado en nuestro Aviso de Privacidad. Al completar este formulario usted está de acuerdo de que usted autoriza el uso y la divulgación que se describen en nuestro aviso de privacidad. Por favor revise y complete este formulario cuidadosamente. Puede ser inválido si no se completa por completo. Es posible que desee solicitar a la persona o entidad que desea recibir su información que complete las secciones que detallan la información que se divulgará y los propósitos de la divulgación.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Numero Telefonico _____

Fecha(s) de Servicio que aprueba _____ O Todo el historial medico

Por la presente autorizo esta práctica médica, _____ para divulgar mi información de salud a:

Accord Medical Group | 5112 N. Habana Avenue, Tampa, FL 33614 | T: 813-374-2406 | F: 813-374-2407

O

Other practice (include name, address, phone number): _____

Motivo de divulgación: _____

Restricciones: Entiendo que el destinatario de esta información no puede usar o divulgar esta información excepto para el propósito expreso identificado anteriormente, a menos que obtenga otra autorización mía, o dicho uso o divulgación que sea específicamente requerido o permitido por la ley. Entiendo que cualquier registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); servicios de salud conductual / mental; y / o tratamiento por abuso de alcohol y / o drogas. Inicial todas las exclusiones solicitadas:

Alcohol / Drogas _____ Comportamiento / Mental / Psiquiátrico _____ Enfermedades de Transmisión Sexual _____
VIH / SIDA _____ Otro _____ especifica otra exclusión _____

Entiendo que tengo derecho a solicitar que los servicios por los que pagué de mi bolsillo no se divulguen a mi plan de salud. Esta autorización entra en vigencia desde _____ hasta _____ (las fechas deben especificarse).

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Guardián: _____ Pariente: _____

Representante del paciente y relación: _____



5112 N. Habana Ave. Tampa, FL 33614 | Phone: (813)374-2406 | Fax: (813)374-2407
www.AccordMedicalGroup.com

Consentimiento sobre Medicamentos Controlados

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Es nuestro deber informarle a nuestros pacientes que todos los medicamentos controlados requieren el manejo y seguimiento con su médico primario. Por esta razón, para obtener una prescripción o para rellenar un medicamento controlado, una consulta con su médico será requerida. Si usted necesita una sustancia controlada, debe comunicarse con nuestra oficina para programar una cita con su médico y así recibir tratamiento adicional.

Al firmar este consentimiento, estoy de acuerdo que entiendo que, para poder recibir medicamentos controlados, una consulta con mi médico es requerida.

Firma del paciente

Fecha