

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted establece que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta el uso y la divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será reactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Reconozco que se me proporcionó el Aviso de Prácticas de Privacidad para la Clínica Familiar de Oído, Nariz y Garganta

Escriba el nombre del paciente: _____

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas haciendo un círculo alrededor de su respuesta:

¿Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para confirmar la cita?

Yes No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? Yes No

¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia? Yes No

ENT Family Clinic puede discutir mi condición con las siguientes personas:

Nombre

Relación

1. _____

2. _____
3. _____
4. _____

Nombre del paciente: _____ Género: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Razón de la visita: _____

Marque todo lo que corresponda a continuación:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Alergias nasales | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Goteo postnasal | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal | <input type="checkbox"/> AIT | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA positivo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de los senos nasales | | | |

Por favor marque abajo:

- | | Sí | No | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Resfriado / gripe reciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reflujo ácido / ERGE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de pecho / angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accidente cerebrovascular / AIT / convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardíaco / latidos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parálisis / enfermedad muscular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angioplastia / Stent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de sangrado / Moretones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma / EPOC / Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apnea del sueño / CPAP / Ronquidos intensos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso de alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drogas recreativas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dependencia de sustancias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unusual Reaction to Anesthesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Posibilidad de embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exposición al VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del hígado / riñón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Historial médico familiar:

Enumere todas las operaciones y hospitalizaciones que haya tenido, junto con las fechas aproximadas:

Enfermedad mayor no mencionada anteriormente:

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Enumere los medicamentos actuales (recetados y sin receta) y suplementos: Ninguno

1.	2.	3.
4.	5.	6.
7.	8.	9.

Enumere todas las alergias conocidas: Ninguno

1.	2.	3.
4.	5.	6.

Acepto que toda la información anterior es completa y correcta.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Información del paciente

Apellido		I	Primer Nombre		
Género	Número de seguridad social		Fecha de Nacimiento		Estado Civil
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de Correo Electrónico			Teléfono móvil		Teléfono de casa
Referido Por			Proveedor de Atención Primaria		
Nombre de la Farmacia			Dirección de la Farmacia		
Nombre del Contacto de Emergencia			Relación con el Paciente		Teléfono

Información del seguro

Seguro Primario

Nombre de la compañía de seguros	Número de grupo	Número de identificación
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el asegurado

Seguro Secundario (Si no tiene un seguro secundario o complementario, escriba NINGUNO en el cuadro a continuación)

Nombre de la compañía de seguros	Número de grupo	Número de identificación
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el asegurado

Parte Responsable

Nombre de facturación (si no es el paciente)	Teléfono	Relación con el paciente
--	----------	--------------------------

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Aceptamos asignaciones y participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si su seguro no es un plan en el que participamos, se espera el pago total en cada visita. Conocimiento de los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su aseguradora con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura para recibir el máximo beneficio. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y tarjeta de seguro válida actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta información del seguro, o si su seguro cambia y no nos notifica de manera oportuna, es posible que sea responsable del saldo de la reclamación. La mayoría de los seguros las empresas tienen restricciones de tiempo de presentación; si no se recibe un reclamo dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio, se puede volver inelegible para el pago y usted será responsable del saldo restante. Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, se reenviará automáticamente a nuestro sistema de agencias de cobro. Parcial no se aceptarán pagos a menos que se negocie lo contrario. Al firmar esta declaración, acepto asumir la responsabilidad por los servicios no pagados por mi seguro de salud, en su totalidad o en parte. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamo.

Firma del paciente o tutor

Fecha
