



Formulario De Registro De Pacientes

Nombre: _____ Dia de Nacimiento: ___/___/___ Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Idioma: _____

Teléfono de casa: (____) ____ - ____ Teléfono de celular: (____) ____ - ____

Género: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltera/o Casada/o Divorciada/o Viuda/o Prefiero no contestar

Seguro Primario: _____ ID de Miembro: _____

Seguro Secundario: _____ ID de Miembro: _____

Referido por: _____

Contactó De Emergencia: _____ Teléfono: (____) ____ - ____ Relación: _____

Farmacia Local: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Nombre de medico anterior: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Raza:

- Asiático/a
- Negro/Afroamericano/a
- Caribe
- Hispánico/a
- Nativo Hawaiano
- Blanco/a
- Otro
- Prefiero no contestar

Grupo Étnico:

- Hispano / Latino
- No Hispano
- Prefiero no contestar

Autorizo a Primenet Medical Group Inc. a dejar mensajes sobre mi tratamiento, incluidos los resultados de las pruebas de laboratorio o de imágenes, los nombres de los medicamentos, la información relacionada con mi tratamiento y las actualizaciones del consultorio mediante el siguiente método:

Contestador de casa Teléfono de celular Texto Correo Electrónico: _____

Primenet Medical Group Inc. cumple con HIPAA y desea intercambiar mensajes de texto con usted.

Optar en SMS Si No

Me aseguraré de que toda la información esté actualizada en cada visita.

Nombre Del Paciente

Firma

____/____/____
Fecha

Historia Medica

Revisión de Sistema (ROS)

Por favor marcar Si o No en cualquier de los siguientes

Constitutional	S	N	Oído/Nariz/Boca	S	N	Ojos	S	N
Escalofrios/Fiebre			Perdida de oír o timbre			Espeuelos/contactos		
Fatiga			Sinusitis			Vision doble/borrosa		
Sudores Nocturnos			Hemorragia nasal			Herida de ojo		
Cambio de peso			Dolor de garganta			Glaucoma		
Cardiovascular	S	N	Respiratorio	S	N	Hematologia	S	N
Dolor de pecho			Falta de aire			Anemia		
Palpitaciones			Tos			Sangrado fácil		
Hinchazón manos/pies			Asma			Glandulas inflamdas		
Problemas del corazon			Tos con sangre			Lento para sanar		
Musculoesquelético	S	N	Endocrino/a	S	N	Alegria/inmunologico	S	N
Dolor lumbar			Sed/Orina execiva			Alergia comida		
Dolor articulaciones			Problemas hormonales			Alergia aspirina		
Hinchazón conyunturas			Tiroides			Alergia antibiotico		
Calambres musculares			Intolerancia al calor/frio			Alergia estacional		
Solo mujeres - genito	S	N	Solo hombres-genito	S	N	Integumentario	S	N
Calambres doloroso			Dolor testicular			Cambio de uñas/pelo		
Disfunción sexual			Disfunción sexual			Erupción cutanea		
Uso de anticonceptivos			Dificultad para orinar			Nudo en el pecho		
Sangre en la orina			problemas de próstata			Piel seca		
Psiquiatría	S	N	Neurológico	S	N	Gastrointestinal	S	N
Insomnio			Convulsiones/Ataques			Nausea/Vomitos		
Confusión			Mareos/Desmayos			Reflujo/acidez estomacal		
Ansiedad			Debilidad muscular			Constipación		
Depresión			Dolores de Cabeza			Sangrado rectal		
Bipolar			Entumecimiento			Dolor abdominal		
	S	N		S	N		S	N
Presion Alta			Ataque			Piedras en el riñón		
Colesterol Alto			Diabetes			Cáncer		
Infarto de corazon			Enfermedad del higado			Tipo:		
VIH/SIDA			Asma			Otro:		
Enfermedad de la piel			enfermedad autoinmune					

Nombre Del Paciente

Firma

Fecha

Historia de cirugías:

	Y	N		Y	N		Y	N
Apendectomía			Cirugía de vejiga			Cesárea		
Vesícula biliar			Cirugía de Prostata			Reparación de hernia		
Cirugía de espalda			Cirugía a corazón abierto			Otro:		
Histerectomía			Cateterización cardiaca					
Cirugía de busto			Cirugía de cataratas					

Alergias:

No alergias a medicamentos conocidas

Hospitalizaciones en el último año:

Medicamentos:

Nombre de medicamentos	Dosis y Frecuencia	Razón para tomar

Historia Familiar:

Madre: _____

Padre: _____

Abuela: _____

Abuelo: _____

Hija: _____

Hijo: _____

Hermanos/as: _____

Nombre Del Paciente

Firma

____/____/____
Fecha



Historia Social:

¿Alguna vez has fumado? Si No

- Si dejaste de fumar cuando lo dejaste? _____
- Número de años? _____
- Si actualmente fuma, ¿cuántos paquetes por día? _____
- ¿Utiliza tabaco sin humo? Si No

¿Bebes alcohol? Si No

- ¿Cuánto a la semana? _____

¿Utiliza actualmente drogas recreativas? Si No

- ¿Cuál droga? _____

¿Estás en una dieta especial? Si No

- Por favor describa: _____

¿Haces ejercicio? Yes No

- Qué tipo y con qué frecuencia? _____

Estado Civil: Soltera/o Casada/o Divorciada/o Viuda/o Otro

Ocupación: _____

¿Cuál fue la fecha de su última vacuna contra la influenza? (Mes/Año) _____/_____

¿Recibió la vacuna COVID 19? Yes No

Sólo mujeres:

Fecha del último período menstrual: ____/____/____ Número de embarazos: _____

Complicaciones en el embarazo (por ejemplo, diabetes, presión arterial alta, proteína en la orina) Si No

Nombre Del Paciente

Firma

____/____/____
Fecha



Autorización para la divulgación de registros médicos
Authorization for Release of Medical Records

Patient Name: _____

DOB: _____ SS#: _____

I hereby authorize: _____

Phone number: (____) ____-____ Fax number:(____) ____-____

ATTENTION: MEDICAL RECORDS DEPARTMENT

Release of Medical Information To:
PrimeNet Medical Group Inc.
7189 Pembroke Road, Pembroke Pines, Florida 33023
Phone: (954)983-1220 Fax: (954)983-0687
Email: faxpp@primenetmedical.com

Purpose of Disclosure: Continuation of Care Other: _____

Please include all information regarding assessment, diagnosis, treatment, and laboratory results for the above listed patient. Date of service release FROM: ____ / ____ / ____ TO: ____ / ____ / ____

I understand that I may revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the practice manager. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below, unless revoked by me (or my legal representative) through written notice presented to PrimeNet Medical Group Inc. I understand and acknowledge that the requested health information may contain information regarding physical and mental illness, sexually transmitted diseases, HIV test results or diagnosis, and alcohol or drug abuse. I understand that treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be based on whether I sign this authorization. I understand that the sender of my health information may charge for the service of disclosing medical information and I am responsible for inquiring about these potential charges. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. You may refuse to sign this authorization. Such refusal will not affect your ability to obtain treatment except to the extent that the information being requested may assist your health care provider in determining appropriate treatment. I have read the above foregoing authorization for release of information and do hereby acknowledge that I am familiar and fully understand the terms and conditions of this authorization.

Name/Nombre

Signature/Firma

____/____/____
Date/Fecha



Autorizaciones y Consentimientos

Acceso al historial de prescripciones

Nuestra práctica médica ha adoptado un sistema de registros médicos electrónicos que mejorará aún más la calidad de nuestros servicios. Este sistema nos permite recopilar y revisar su historial médico. Un historial de medicamentos es una lista de medicamentos recetados que nosotros u otros médicos le hemos recetado. Esta lista se recopila de una variedad de fuentes, incluidas su farmacia y su aseguradora de salud. Un historial de medicamentos preciso es muy importante para ayudarnos a tratarlo adecuadamente y evitar interacciones medicamentosas potencialmente peligrosas. Al firmar este formulario de consentimiento, nos da permiso para recopilar su historial de medicamentos sin limitación o exclusión, según se requiera y/o sea razonablemente necesario para su atención y tratamiento. Por favor, comprenda que su historial de medicamentos puede no incluir medicamentos de venta libre, suplementos o remedios a base de hierbas.

Autorización para compartir información de salud

Autorizo a PrimeNet Medical Group Inc a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento, incluidos los resultados de las pruebas de diagnóstico por imágenes o de laboratorio, los nombres de los medicamentos, la información relacionada con mi tratamiento y las actualizaciones del consultorio. Esto incluye dejar mensajes en los números de teléfono de contacto designados. PrimeNet Medical Group Inc no puede divulgar información a las personas o entidades nombradas a menos que las identifique a continuación.

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Acuse de recibo de la privacidad de HIPAA

Entiendo que PrimeNet Medical Group Inc puede usar y divulgar mi información médica protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que he recibido, me han ofrecido o he recibido en el pasado una copia del aviso de prácticas de privacidad de PrimeNet Medical Group Inc, que brinda información sobre cómo los médicos, las instalaciones y las personas involucradas en mi atención pueden usar y divulgar mi información médica protegida. Según lo dispuesto en el aviso, los términos del aviso pueden cambiar. Para obtener una copia de cualquier aviso actual, puedo comunicarme con la oficina al (954) 983-1220. Entiendo que tengo derecho a solicitar que la práctica restrinja cómo se usa o divulga mi información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, pero también entiendo que la práctica no está obligada a aceptar una restricción solicitada.

Consentimiento de telesalud/telemedicina Doy mi consentimiento para usar el uso de telesalud/telemedicina en la prestación de atención y entiendo que se me dará información sobre pruebas, tratamientos, procedimientos y opciones alternativas para mi atención médica a través del servicio de telesalud/telemedicina.

Nombre del paciente

Firma

____/____/_____
Fecha



Formulario de Consentimiento General para Tratamiento

Yo, _____, autorizo a PrimeNet Medical Group, Inc., sus médicos y empleados del grupo a examinarme y tratarme. También autorizo los tratamientos y procedimientos que el medico considere necesarios, incluyendo, pero no limitados a pruebas de diagnóstico como electrocardiogramas, medicamentos, muestras de sangre y orina, inserción de un catéter intravenoso periférico (IV), vacunas y otras terapias que se consideran necesarias. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad sobre los resultados que se pueden obtener mediante el examen y el tratamiento.

Yo afirmo que se me explico este formulario en su totalidad y que lo he leído y acepto.

Nombre del Paciente

Firma

____/____/____
Fecha



Acuerdo financiero del paciente

Gracias por elegirnos como su Médico de Primaria. Estamos comprometidos a ser un socio en la prestación de atención médica concienzuda para usted. El pago de la factura se considera una parte importante de esa sociedad. Gracias por leer nuestro acuerdo financiero. Háganos saber si tiene preguntas o inquietudes.

La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera, que le solicitamos que lea y firme.

Es su responsabilidad:

- Para entender su plan de beneficios.
- Para saber si se requiere una remisión.
- El saber si se requiere reautorización previa a un trámite.
- Saber qué servicios están cubiertos.

El pago total de los pacientes que pagan por cuenta propia, los copagos y los deducibles se vencen en el momento del servicio. También se le puede pedir que pague su co-pago en el momento del servicio.

Aceptamos efectivo, cheques, Visa/MasterCard/Discover/AMEX. Cualquier otro arreglo debe hacerse por adelantado con nuestra Oficina de Facturación.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. El pago de su factura es, en última instancia, su responsabilidad. PrimeNet Medical Group Inc tiene contrato con la mayoría de las compañías de seguros y les factura.

1. He leído y estoy de acuerdo con este acuerdo financiero.
2. Autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación de información médica necesaria para facturar y procesar reclamos de seguros.
3. Autorizo el pago de los beneficios médicos directamente al médico.
4. Si no podemos cobrar con éxito un saldo pendiente y los arreglos de pago no se establecen dentro de los 30 días posteriores al estado de cuenta, el costo de la cobranza, incluidos los honorarios razonables de los abogados, se incluirán como parte de las cuotas de obligación.

Nombre del paciente

Firma

____/____/_____
Fecha



Acuerdos de pólizas y Procedimientos

En el esfuerzo por servir a todos nuestros pacientes de manera equitativa, justa y lo mejor que podamos, le pedimos que revise y comprenda nuestras Políticas y procedimientos para pacientes.

Política de retraso- se hace todo lo posible para mantener los horarios de nuestros médicos a tiempo, por lo tanto, si llega más de 15 minutos tarde, no podemos garantizar que lo atenderán de inmediato, pero haremos todo lo posible para trabajar con usted en el horario según lo permita el tiempo. Si el horario está lleno, se le pedirá que re programe su cita para una fecha posterior.

Citas perdidas/canceladas- Se hace todo lo posible para acomodar la solicitud de cita de nuestros pacientes. Por lo tanto, es importante que haga todo lo posible para asistir a su cita programada. Entendemos que hay ocasiones en las que se pierde una cita por emergencias u obligaciones laborales o familiares. Nuestra oficina cobrará una tarifa de cancelación de **\$ 25.00** por todas las citas que no se cancelen con al menos 24 horas de anticipación.

Transferencia de registros- todos los pacientes deben firmar un formulario de divulgación de registros para que sus registros sean copiados, descargados electrónicamente o enviados a otro proveedor u organización. No hay tarifa para transferir registros directamente a otro proveedor u organización de atención médica.

Pago de servicios para pacientes con seguro- de acuerdo con su plan de seguro de salud, usted es responsable de pagar su copago/co-pago en el momento del servicio.

Pago de servicios para pacientes sin seguro- usted será responsable del pago en efectivo, cheque o tarjeta de crédito el día del servicio.

Nombre Del Paciente

Firma

____/____/_____
Fecha



DIRECTIVA ATICIPADA DE ATENCION DE LA SALUD

En caso de que se haya determinado que no puedo expresar mis deseos con respecto a mi atención médica, incluida la retención, retiro o continuación de procedimientos para prolongar la vida, yo,

_____, nació el ____/____/____, deseo designar como mi SURROGANTE para llevar a cabo lo dispuesto en esta declaración:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Si mi sustituto no quiere o no puede realizar sus deberes, deseo designar como mi SUPLENTE ALTERNO:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Entiendo perfectamente que esta designación permitirá a la persona designada por mí tomar decisiones sobre la atención sanitaria y dar, negar o retirar el consentimiento en mi nombre; solicitar prestaciones públicas para sufragar el coste de la atención sanitaria; y autorizar mi ingreso o traslado desde un centro sanitario. A la hora de tomar decisiones sobre mi atención médica, mi sustituto debe pensar qué acciones serían coherentes con las conversaciones que hemos mantenido en el pasado, mis preferencias de tratamiento expresadas en la Segunda Parte (si he rellenado la Segunda Parte), mis creencias y valores religiosos y de otro tipo, y cómo he manejado en el pasado las cuestiones médicas y otras cuestiones importantes. Si aún no está claro lo que yo decidiría, mi sustituto para la atención médica debe tomar por mí las decisiones que considere más convenientes para mis intereses, teniendo en cuenta los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias actuales y las opciones de tratamiento.

Nombre del Paciente

Firma

____/____/____
Fecha