

Información del Paciente		
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	#Seguro social	Sexo: Masculino____ Femenino____
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
#Teléfono Hogar:	# Teléfono celular:	# Teléfono Trabajo:
Estado civil: ____ Casado ____ Soltero ____ Divorciado ____ Viudo ____ Apartado	Estado del estudiante:(tiempo) ____ Completo ____ Medio ____ No es estudiante	
Dirección de correo electrónico:		
Estado de empleo: ____ Tiempo ____ Completo ____ Tiempo ____ Parcial ____ No empleado ____ Trabajo cuenta propia ____ Retirado ____ Militar		
Raza, etnia y lengua		
Raza: ____ Blanco ____ Africano Americano/Negro ____ Hispano ____ Asiático ____ Indio Americano/Nativo de Alaska ____ Nativo Hawaiano ____ Otro _____		
Etnicidad: ____ Hispano/Latino ____ No Hispano/Latino ____ Otro: _____		
Idioma hablado: _____ Inglés _____ Español _____ Otros: _____		
Información del médico referente y médico primario		
Nombre de médico de referencia:		
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Especialidad:	
Nombre del médico de atención primaria:		
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información del Fiador (quién es responsable de usted financieramente, si es diferente al paciente)		
Nombre:		Relación con el paciente:
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
#Teléfono Hogar:	#Teléfono celular	# Teléfono Trabajo:
Fecha de nacimiento:	#Seguro social	Sexo: ____ Masculino ____ Femenino
Dirección de correo electrónico:		
Información del Contacto en caso de Emergencia		
Nombre:		Fecha de nacimiento:
Relación con el paciente:		
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
#Teléfono Hogar:	#Teléfono celular:	# Teléfono Trabajo:
Información de la Farmacia		
Nombre de la farmacia:		
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	# de Fax:	



<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Información del Seguro</b>		
Está su visita relacionada con:      _____ <b>Accidente de auto</b> _____ <b>Compensación de trabajadores</b>		
<b>Compañía de Seguros Primaria:</b>	# Póliza:	
Nombre de Grupo:	# Grupo:	
Nombre del Titular de Póliza:	Fecha efectiva:	
Relación al paciente:	Fecha de nacimiento del titular:	
#Seguro Social del Titular de póliza::	Sexo del titular: ____ masculino ____ femenino	
<b>Compañía de Seguros Secundaria:</b>	# de Poliza:	
Nombre de Grupo:	# de Grupo:	
Nombre del Titular de Póliza:	Fecha efectiva:	
Relación al paciente:	Fecha de nacimiento del titular:	
#Seguro Social del Titular de Póliza:	Sexo del titular: ____ masculino ____ femenino	

\_\_\_\_\_

**Firma del paciente/representante legal**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

## Cuestionario del Historial Pediátrica

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

Doméstico: Por favor, indique todos los que viven en el hogar del niño			
Nombre	Relación con el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

¿Hay hermanos que no están en la lista? Si es así, por favor anote sus nombres, edades, y en donde viven:

¿Cuál es la situación de vida del niño si no está con ambos padres biológicos?  Vive con los padres adoptivos  La custodia compartida  Vive con la familia de acogida

Si uno o ambos pacientes no vive en la casa, ¿con qué frecuencia el niño ve los padres si no viven en el hogar?

Historia del Nacimiento	
SECCIÓN SÓLO SE APLICA A RECIÉN NACIDOS Y NIÑOS HASTA 5 AÑOS DE EDAD	
No sé el historial de nacimiento	
Peso al nacer: _____ ¿Fue el bebé nacido a término? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Semanas ¿Hubo complicaciones prenatales o neonatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar: _____ _____ _____ ¿Fue una estancia de NICU (neonatal) requerida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar: _____ _____ Durante el embarazo, la madre uso Tabaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bebida alcohólica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Uso de drogas o medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uso vitaminas prenatales ¿Cuales?: _____ ¿Cuándo?: _____	Fue el parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Si fue cesárea, ¿por qué? _____ _____ _____ ¿Fue la alimentación inicial? <input type="checkbox"/> Fórmula <input type="checkbox"/> Lactancia materna ¿Cuánto tiempo fue alimentado con leche materna? _____ ¿Se fue su bebé a casa con la madre del hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar: _____ _____ _____ _____

Historial Social (NS=No Se)				
	Sí	No	NS	Explicar
¿Consideras que su hijo goza de buena salud?				
¿Su hijo usa tabaco?				
¿Su hijo usa alcohol o drogas?				
¿Su hijo es sexualmente activo?				
¿Siente que su familia tiene suficiente para comer?				
¿Tiene su hijo un historial de violencia familiar?				
Historia social (NS=No Se)				
	Sí	No	NS	Explicar
¿Hay mascotas en su casa?				¿Cuántas? _____ ¿Qué tipo? _____
¿Hay alguien que fuma dentro de su casa?				
¿Alguien en su casa posee un arma?				

### Cuestionario del Historial Pediátrica

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

Lista de procedimientos quirúrgicos previos.	
Nombre del procedimiento	Fecha de procedimiento
¿Su hijo ha sido hospitalizado? ____ Sí ____ No	
Explicar: _____	

Lista de medicamentos recetados, medicamentos sin receta y remedios herbales		
Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
Lista de cualquier alergia a medicinas o colorantes		
Lista de todas otras alergias		

Historial médico del paciente: tiene su hijo, o ha tenido alguna vez su hijo (NS=No Se)				
Condición	Sí	No	NS	Explicar
Varicela				
Frecuente infecciones del oído				
Problemas con el oído o audición				
Alergias nasales				
Problemas con los ojos o visión				
Asma, bronquitis, bronquialitis o neumonía				
Historial médico del paciente: tiene su hijo, o ha tenido alguna vez su hijo (NS=No Se)				
Condition	Sí	No	NS	Explicar
Problemas cardíacos o soplo cardíacos				
Anemia o problemas de sangrado				
Transfusión de sangre				
VIH				
Trasplante de organo				
Malignidad/trasplante de médula ósea				
Quimioterapia				
Frecuente dolor abdominal				
Estreñimiento que requiera visita al médico				
Infecciones y problemas urinarias recurrentes				
Trastorno metabolic/genético				
Cáncer				

<b>Nombre del paciente:</b> _____		<b>Fecha de nacimiento:</b> _____		<b>Fecha</b> _____
Enfermedad renal o malformaciones urológicas				
Mojar cama (enuresis)(después de la edad de 5 años)				
Problemas para dormir: ronquidos				
Problemas crónicos o recurrentes de la piel (acné, eccema, etc.)				
Frecuentes dolores de cabeza				
Convulsiones u otros problemas neurológicos				
Tuberculosis				
Obesidad				
Diabetes				
Tiroides u otros problemas endocrinos				
Hipertensión (presión alta)				
Antecedentes de lesiones graves/fracturas/contusiones				
ADHD/ansiedad/problemas de humor/depresión				
Retraso en el desarrollo				
Caries dental				
Infecciones transmitidas sexualmente				
Embarazo				
(Niñas) problemas con el período				
Tuvo su primer período				Edad del primer período:
¿Tiene su hijo alguna otra enfermedad o condición médica grave?				

Historial familiar biológico: ¿Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente? (NS=No Se)					
Diagnóstico	Sí	No	NS	¿Quién?	Explicar
Pérdida de audición infantil					
Alergias nasales					
Asma					
Tuberculosis					
Alta presión sanguínea (hipertensión)					
Colesterol alto					
Anemia o trastornos de coagulación					
Caries dental					
Cáncer					
Enfermedad del corazón					
Enfermedad del hígado					
Enfermedad del riñón					
Enfermedad de tiroides					
Diabetes					
Mojar cama(enuresis) (después de la edad de 10 años)					
Obesidad					
Abuso de alcohol					
Abuso de drogas					
Enfermedad mental (depresión)					
ADHD/ansiedad/problemas de humor/depresión					



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Retraso en el desarrollo					
Autismo					
Dificultades de aprendizaje					
Problemas inmunológicos (VIH o SIDA)					
Consumo de tabaco					

**\*\*Historial familiar adicional:**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

### Los padres y tutores de los menores de edad:

Como regla general, se requiere el consentimiento de un **padre o guardián legal** con el fin de proporcionar servicios de salud a un menor de edad (una persona menor de 18 años). Con tantos padres que trabajan fuera del hogar o con otros compromisos, nos damos cuenta de que no pueden ser capaces de acompañar a su hijo en cada visita a la clínica. Si el menor de edad se presenta a la clínica sin acompañante, no podremos ver al menor no acompañado. Si el menor se presenta en compañía de un adulto que no sea un padre o guardián legal, deben tener documentación del padre o guardián, dando consentimiento para el tratamiento. Si no tiene consentimiento para el tratamiento será reprogramada la cita.

En un esfuerzo para proporcionar el cuidado necesario y no tener que reprogramar la cita de su hijo, hemos desarrollado un formulario de **consentimiento para el tratamiento de un menor de edad** que, una vez completado por un padre o guardián legal, se colocará en el expediente médico de su hijo para uso según sea necesario. Este formulario nos permitirá proporcionar tratamiento médico de rutina y de emergencia para su hijo menor de edad cuando se considere necesario por el personal médico cualificado. Adultos, otros que sea el padre o guardián legal que acompaña a un niño menor de edad a una cita y están autorizados por el consentimiento para tratar a un menor en el registro, se les pedirá que presenten una identificación con foto al registrar al paciente para la cita. Este formulario de consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito. Puede solicitar este formulario de cualquier miembro de nuestro personal de la clínica.

Por la ley, los menores tienen el derecho a dar su consentimiento a ciertos servicios de salud sin consentimiento del padre/guardián. Un menor puede consentir al médico:

- Si el menor está emancipado (legalmente independientes) o casado con alguien o mayor de 18 años de edad
- En el evento que atención de emergencia es necesaria
- Para el control de la natalidad y cuidado relacionado con el embarazo a cualquier edad
- Para el abuso de alcohol y drogas de paciente externo relacionado con inicio de tratamiento a los 13 años
- Para inicio de tratamiento de salud mental para paciente externo a los 13 años
- Para enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH, comenzando a los 14 años

Si un menor de edad consiente a lo permitido por la ley, él o ella pueden solicitar confidencialidad de ese aspecto del cuidado médico que nos impediría liberar esta información a nadie, incluyendo a un padre o guardián, sin permiso expreso por escrito del menor. Es la filosofía de esta clínica alentar a pacientes menores a incluir a un padre, guardián o adulto en quien confíen en todos los aspectos de su salud, incluyendo las áreas mencionadas. Por razones legales y de otro tipo, la participación de los padres o guardianes puede no siempre ser posible. Descanse y asegúrese de que continuemos brindando servicios de atención médica que sean lo mejor para su hijo menor de edad.

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

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

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

Yo, el abajo firmante, padre(s) o guardián legal del paciente nombrado arriba, un menor, autorizo a los médicos en OMNI Healthcare, Inc., para actuar como agente para los abajo firmantes para dar su consentimiento para el examen físico, diagnóstico médico y tratamiento u otros atención médica que se considere aconsejable por y debe hacerse bajo la supervisión general o especial de, el médico tratante que tiene licencia para ejercer en el estado de la Florida, si tal diagnóstico o tratamiento se representa en la oficina de dicho médico o en cualquier hospital. Además, reconozco que soy responsable de cualquier porción de los cargos que no estén cubiertos por el seguro del niño



**En caso de emergencia**, se entiende que autorización se concede a los médicos en OMNI Healthcare antes de cualquier diagnóstico específico, tratamiento u hospitalización prestados al paciente mencionado anteriormente. La autorización se concede para proporcionar autoridad y poder por parte de los médicos para proporcionar todo el diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria médica o quirúrgica que el médico antes mencionado, ejerciendo de su mejor juicio, considere conveniente.

**Consentimiento para el tratamiento de un niño menor de edad acompañado por un adulto que no sea el padre o guardián legal**

Yo, el padre o guardián legal del paciente mencionado anteriormente, autorizo a los médicos de OMNI Healthcare a realizar el tratamiento médico de acuerdo con las declaraciones anteriores cuando acompañados por cualquiera de las siguientes personas adultas mayores de 18 años.

Nombre del adulto: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_  
(Imprimir el nombre) (Abuelos, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

Nombre del adulto: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_  
(Imprimir el nombre) (Abuelos, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

**Esta autorización es válida:**

- Para todos y cada uno de los tratamientos médicos, incluidos los cuidados preventivos, exámenes físicos y vacunas para la escuela/deportes.
- Sólo visita de hoy \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- Para esté problema específico o una serie de fechas específico. Por favor especifique \_\_\_\_\_

Este consentimiento será válido hasta que sea revocada por escrito por mí a partir de la fecha firmada a menos que se especifique lo contrario por escrito.

Padre o guardián legal: (Imprimir nombre) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Padres o guardián legal firma: \_\_\_\_\_

Testigo: (Imprimir nombre) \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_





## Política Financiera del Paciente

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

Gracias por elegir a OMNI Healthcare como su proveedor de atención médica. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le pedimos que lea y firme antes del tratamiento.

### **Responsabilidad Financiera del Paciente:**

Copagos, coseguro, deducibles y cargos por servicios no cubiertos son debidos al tiempo de servicio. Si OMNI Healthcare no debe presentar un seguro, o si OMNI Healthcare no es un proveedor participante, **el pago completo se debe** en el momento en que se prestan los servicios. Arreglos de pago se hará con un acuerdo de pago firmado y la aprobación de la oficina del administrador.

### **Reclamos de Seguros:**

**Seguro primario:** OMNI Healthcare presentará reclamos con el seguro del paciente mediante la presentación de la prueba de seguro del paciente; (tarjeta de seguro indicando número de identificación de cobertura y número de grupo). En caso de que el paciente tiene cobertura de seguro pero no puede proporcionar la documentación, el pago es debido al tiempo que se prestan los servicios. Al recibir la tarjeta de seguro, OMNI Healthcare presentará el reclamo que indica el pago del paciente en el momento del servicio. En caso de que OMNI Healthcare no reciba una póliza de seguro válida dentro de los requisitos de presentación oportuna de la compañía de seguros, el saldo de los servicios será responsabilidad del paciente/guardián.

**Seguro Secundario:** Reclamaciones se presentaran al seguro secundario si se recibe la información adecuada en el momento del servicio. Sin embargo, si el pago no se recibe en nuestra oficina dentro de los 45 días después de la presentación, la responsabilidad será transferida al paciente y debido al recibo.

### **Compensación del Trabajador:**

La Compensación para Trabajadores se presentará reclamo si el paciente notificó a OMNI Healthcare al programar una cita y proporciona información de facturación a su llegada. Detalle del accidente será necesario y una forma de compensación de trabajadores tendrá que ser completada.

### **Accidentes de auto**

Pago de visitas para accidentes de auto será debido al tiempo de servicio. OMNI proporcionará un formulario de reclamo de seguro de salud y los detalles del examen con la firma del paciente para liberar los registros.

### **Cuentas vencida:**

El pago del estado de cuenta se vence al recibir. Cuentas en atraso pueden resultar en la corte de reclamos menores, una agencia de cobranza, reporte al Departamento de Crédito y despedido de la práctica. Después de 90 días, una cuenta será entregada a las colecciones. La persona será financieramente responsable por todos los costos de colección, incluidos los honorarios del abogado de no menos de 30% y costo de la corte. Un paciente puede remitir por completo todos los cargos pendientes adeudados en una cuenta e incluir las cantidades previamente ingresados en el servicio de cobranza. En estas circunstancias, un médico puede reservar el derecho de restablecer al paciente a un estado activo con la práctica.

### **Registros médicos:**

Si solicita registros de OMNI Healthcare, habrá una tarifa de \$ 1.00 por página para las primeras 25 páginas y una tarifa de \$ .025 por cada página después de la cual deberá pagarse antes de recibir sus registros.

### **Citas Rotas:**

Los pacientes deben llamar con al menos 24 horas de anticipación de una cita para cancelar o reprogramar. Si no, OMNI Healthcare se reserva el derecho de agregar \$ 25.00 a su cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

● **Calendario de vacunación**

\_\_\_ **Iniciales** - Esta oficina pediátrica se compromete a seguir el recomendada calendario de vacunas para control de enfermedades transmisibles (CDC). Como un paciente/padre/cuidador(a) médica, entiendo, y me comprometo a seguir el calendario de vacunas recomendado por el CDC mientras continúe recibiendo servicios en esta oficina.

● **Los copagos y pagos por cuenta propia**

\_\_\_ **Iniciales** - Copagos para pacientes asegurados deben pagarse al tiempo de registrarse. Los pagos por cuenta propia se deben pagar en su totalidad al momento del servicio para todos los pacientes sin seguro.

● **Llegadas tardías**

\_\_\_ **Iniciales** - Después de 15 minutos, los pacientes serán considerados tarde. En ese momento, queda a discreción del proveedor hacer que el paciente vuelva a programar una cita o se lo vuelva a incluir en el horario de citas del día.

● **Cita rota:**

\_\_\_ **Iniciales** - Pacientes deben llamar a la oficina con al menos 24 horas de anticipación de la cita para cancelar o reprogramar. Si no, habrá un cargo de \$25.00 agregado a su cuenta. Pacientes con 3 o más citas rotas sin una buena razón podrían resultar ser despedido.

● **Confirmando citas:**

\_\_\_ **Iniciales** - Es nuestra política para confirmar todas las citas. Es la responsabilidad del paciente recordar su propia cita. Si el paciente no llama o aparece a su cita médica se considera una cita rota.

● **Recargo de recetas**

\_\_\_ **Iniciales**

Se requieren 48-72 horas para volver a llenar su prescripción. Esto incluye:

- Paciente solicita por teléfono
- Solicitud de recargo de farmacia
- Paciente solicita personalmente
- Paciente solicita por el portal del paciente

**\*\*\*Los analgésicos deben ser recogidos ya no pueden ser llamados a la farmacia.**

Gracias por su cooperación.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Acuerdo del Consentimiento

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

### Consentimiento para el tratamiento:

Doy consentimiento a mi médico, otros médicos que asisten a sus asistentes y representantes para proporcionarme los servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico u otros servicios de tratamiento que se consideren necesarios y / o apropiados. Este consentimiento incluye mi consentimiento para procedimientos de diagnóstico y los tratamientos médicos en mi consultorio médico bajo su instrucción; incluyendo rayos x, procedimientos de laboratorio y otras pruebas, tratamientos o medicamentos, monitoreo y todos otros procedimientos o tratamientos que no requieren mi consentimiento informado específico. Entiendo que en mi curso de diagnóstico y tratamiento, las células, los tejidos y / o partes se pueden eliminar de mi cuerpo. Yo autorizo a mi médico y su personal para preservar o usar dichas células, tejidos o partes con fines de enseñanza y/o para eliminar cualquier células, tejidos o parte que se extraiga.

### Autorización para la divulgación de información médica:

Entiendo que mi información médica, incluyendo registros médicos completos, resultados de pruebas, registros de inmunización y facturación información, puede ser liberado a mi compañía de seguros, otros profesionales médicos, instituciones de atención médica, o mi portal de paciente para fines de tratamiento o pago.

### Reconocimiento general:

Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Entiendo que el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico pueden implicar riesgos de lesiones e incluso la muerte. Ninguna garantía se ha hecho a mí con respecto a los resultados de mis exámenes y tratamientos. Entiendo y acepto que se puede observar o recibir atención médica, de enfermería y otros estudiantes médicos en entrenamiento en mi consultorio médico. Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones y hacer los arreglos para el cuidado de seguimiento según las indicaciones de mi médico. Entiendo que puedo revisar y obtener una copia de mi expediente médico, por mi propia cuenta, y que esta revisión se llevará a cabo durante las horas regulares de negocio.

### Menores/dependientes:

Entiendo que los niños menores de 18 años requerirán la firma de un adulto responsable de todas las formas de registros.

### Comunicación y/o Divulgación:

Para una comunicación continua con respecto a su cuidado de la salud y su privacidad, seleccione la siguiente alternativa o limitaciones a continuación...

#### OMNI Healthcare puede:

- ¿Se llame a su casa o celular?    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_    Casa \_\_\_\_\_    Celular \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, podemos dejar la siguiente información en su contestador automático o buzón de voz:

Información de la cita	Sí _____	No _____
Información de facturación	Sí _____	No _____
Información médica	Sí _____	No _____
Laboratorios/recetas	Sí _____	No _____

- ¿Se llame al trabajo?    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, podemos dejar la siguiente información en su contestador automático o buzón de voz:

Información de la cita	Sí _____	No _____
Información de facturación	Sí _____	No _____
Información médica	Sí _____	No _____
Laboratorios/recetas	Sí _____	No _____

#### Doy permiso para compartir la siguiente información con persona (s) nombrado a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_  
Información de cita: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ información de facturación: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ información médica: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_  
Información de cita: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ información de facturación: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ información médica: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_  
Información de cita: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ información de facturación: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ información médica: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



# Autorización Para Divulgar Información Médica Protegida (PHI)

(Copia de registros tarda de 7 a 14 días negociable para procesar)

**POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE** - usted debe proporcionar la dirección completa o este formulario será devuelto a usted

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_ # Registro Médico \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono (hogar): \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Autorizo el uso o la divulgación de información de salud protegida del individuo nombrado anteriormente como se describe a continuación.
2. Por la presente autorizo a OMNI Healthcare: \_\_\_\_\_ emitir a u obtener de (circulé uno)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ # Fax: \_\_\_\_\_

3. El tipo y cantidad de información a ser utilizada y divulgada es la siguiente: (incluye fechas donde sea apropiado)

- Notas de Progreso                       Lista de medicamentos                       Registro de vacunación
- Resultados de laboratorio de (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_
- Radiografía e informes diagnósticos desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_
- Registro completo                       Otros: \_\_\_\_\_

4. RAZÓN DE LA SOLICITUD: (POR FAVOR REVISE UNO)

- Atención médica       Seguro       Privado       Abogado       Investigación clínica       Mercadeo

5. Los registros médicos deben incluir toda y cualquier información protegida sea federal y estatal para incluir el diagnóstico, tratamiento o examen relacionados con el cuidado de la salud mental, drogas o abuso, prueba VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.
6. Desligo a OMNI y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad que pudiera derivarse de la divulgación de información como he dirigido.
7. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la compañía de seguros, cuando la ley establece que mi compañía de seguros tiene el derecho a una reclamación bajo la póliza. A menos que sea revocado, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis meses.
8. Entiendo que autorizando la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negar a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar este formulario con el fin de asegurar el tratamiento, y que entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a ser usada o divulgada, en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de revelar mi información de salud, puedo contactar con el Departamento de Registros Médicos y obtener una copia de la notificación de privacidad.

Imprima nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_



## Notificación del Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

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

La ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) proporciona dispositivo de seguridad para proteger su privacidad. Implementación de requisitos de HIPAA empezó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han sido *nuestra* práctica durante años. Lo que trata sobre: específicamente, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para proveer servicios de oficina. HIPAA proporciona ciertos derechos y protecciones a usted como el paciente. Nos equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle atención y servicio profesional de calidad. Información adicional está disponible desde el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos - [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov).

### OMNI Healthcare ha adoptado las siguientes políticas:

1. Información para el paciente se mantendrá confidencial excepto que sea necesario para proporcionar servicios o para asegurar que todas las cuestiones administrativas relacionadas con su cuidado son manejado apropiadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros profesionales de la salud, laboratorios, pagador de seguros de salud como sea necesario y apropiado para su cuidado. Archivos de paciente puede almacenarse en estantes de archivo abierto y no contiene ningún código que identifica la condición del paciente o la información que ya no es una cuestión de expediente público. El curso normal de atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas tales como la recepción, sala de examen, etc. Los registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de la oficina. Usted está de acuerdo a los procedimientos normales utilizados en la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI (protección información de salud) y otros documentos o información.
2. Es política de esta oficina para recordar a los pacientes sus citas. Lo hacemos por teléfono, correo electrónico, correo, o por cualquier medio conveniente para la práctica o como requerido por usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que le informa de los cambios a la política de oficina y nueva tecnología que puede resultarle valioso e informativo.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la conducción de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la información de salud protegida (PHI) pero deben aceptar cumplir con las normas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y revisión de documentos que pueden incluir información de salud protegida (PHI) por agencias del gobierno o seguro pagadores en el normal desempeño de sus funciones.
5. Usted acepta llevar inquietudes o quejas sobre privacidad a la atención del administrador de oficina o el médico.
6. No se utilizará su información confidencial para fines de mercadeo o publicidad de productos, mercancías o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes con acceso a sus registros de acuerdo con leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades de la práctica y el paciente.
9. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en el uso de su información protegida de la salud y a solicitud de cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su información protegida (PHI). Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su petición.

El abajo firmante certifica que él o ella ha leído de las políticas anteriores, recibió una copia del aviso de prácticas de privacidad y es el paciente, guardián del paciente o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha