

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Viuda ( )

Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (nombre): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro de salud: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Doctor primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Ultima citología: \_\_\_\_\_ Ultima menstruación: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Quien la refirió: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONTACTO CON LA OFICINA**

- I) ESTOY DE ACUERDO EN QUE ME CONTACTEN POR EMAIL: yo autorizo expresamente por escrito a Bendayan, LLC para que dejen mensajes detallados sobre resultados de laboratorio, diagnósticos y/o de imagenología, información sobre prescripciones o recordatorios de citas. No se dejarán resultados alterados via email o por el sistema automatizado.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- II) ESTOY DE ACUERDO EN QUE ME CONTACTEN POR MENSAJE DE TEXTO Y/O WHATSAPP: yo autorizo expresamente por escrito a Bendayan, LLC para que dejen mensajes detallados sobre resultados de laboratorio, diagnósticos y/o de imagenología, información sobre prescripciones o recordatorios de citas. No se dejarán resultados alterados por mensajes de texto y/o WhatsApp o por el sistema automatizado.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- III) ESTOY DE ACUERDO EN QUE ME DEJEN MENSAJES DE VOZ: yo autorizo expresamente por escrito a Bendayan, LLC para que dejen mensajes detallados de voz sobre resultados de laboratorio, diagnósticos y/o de imagenología, información sobre prescripciones o recordatorios de citas. No se dejarán resultados alterados por el mensaje de voz o por el sistema automatizado.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**1. RIESGOS DEL USO DE EMAILS, TEXTO O WHATSAPP:**

Bendayan LLC ofrece a las pacientes la oportunidad de comunicarse via email, mensaje de texto o WhatsApp. Transmitir información de la paciente por estas plataformas conlleva un número de riesgos, incluyendo, pero no limitado a: a. Pueden ser reenviados y guardados como documentos físicos o electrónicos. b. Pueden publicarse a nivel mundial y ser vistos por personas a quienes no están destinados. c. Puede haber equivocaciones al escribir las direcciones de email o números de teléfonos. d. Pueden falsificarse más fácilmente que documentos firmados a mano. e. Pueden conservarse copias después de ser enviados o borrados. f. Tanto los empleados como los servicios online tienen derecho de archivar e inspeccionar emails, mensajes de texto o WhatsApp transmitidos a través de sus sistemas, g. Los emails, mensajes de texto y WhatsApp pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización ni formas de detectarlo. h. Los emails pueden introducir virus en los sistemas de computadoras. i. Pueden ser utilizados como evidencia en una corte jurídica.

**2. CONDICIONES PARA EL USO DE E-MAIL, TEXTO O WHATSAPP:**

Bendayan, LLC utilizara las medidas de seguridad razonables para proteger la confidencialidad de los emails, mensajes de texto o de WhatsApp enviados y recibidos. Sin embargo, a causa de los riesgos indicados arriba, Bendayan, LLC no puede garantizar la seguridad ni confidencialidad de dichas comunicaciones y no estará sujeto a acusaciones por revelar de manera inapropiada información confidencial. Por ello, las pacientes deberán dar su consentimiento para el uso de dichos medios de comunicación: a. Todos los emails, textos y WhatsApp de o hacia la paciente sobre algún diagnóstico o tratamiento, formarán parte de su historial médico. Por esta razón, también tendrán acceso aquellas personas autorizadas para ver dichos historiales médicos. b. Bendayan, LLC puede si así decide reenviar emails, textos y WhatsApp entre sus empleados y compañías que los requieran para diagnósticos, tratamientos y reembolsos entre otros, mas no así a terceras personas sin previo consentimiento escrito por la paciente, excepto en casos que exija la ley. c. La paciente tiene la obligación de proteger su contraseña o acceso a su email o teléfono. Bendayan, LLC no se responsabiliza por incumplimiento de contrato o de confidencialidad causados por la paciente o terceras personas. d. Bendayan, LLC no enviará emails o mensajes de texto o WhatsApp que sean ilegales, o ejercer medicina fuera de las líneas estatales. e. La paciente es responsable de hacer sus citas de seguimientos y/o concertar citas.

**3. RESPONSABILIDADES E INSTRUCCIONES PARA LAS PACIENTES:**

Para poder comunicarse por email, mensaje de texto o de WhatsApp la paciente deberá: a. Limitarse o evitar utilizar la computadora o teléfono de su lugar de trabajo. b. Informar a nuestra oficina cualquier cambio de email o teléfono. c. Confirmar que ha recibido y leído el mensaje, email, texto o WhatsApp enviado por Bendayan, LLC. d. Poner el nombre de la paciente en el sujeto del email. e. Incluir en el sujeto del email la categoría del mensaje para así transferirlo al departamento que corresponda. f. Tomar las precauciones necesarias para preservar la confidencialidad del email, texto y WhatsApp como por ejemplo utilizar fondos de pantalla y contraseñas. g. Solo podrá revocar el consentimiento por email, texto o WhatsApp u otra vía escrita y dirigida a Bendayan, LLC.

**4. TERMINACION DEL ACUERDO PARA USAR EMAIL, MENSAJES DE TEXTO O WHATSAPP:**

Bendayan, LLC se reserve el derecho de terminar de manera inmediata el acuerdo de utilizar emails, mensajes de texto o de WhatsApp en dado caso que la paciente viole de alguna manera los términos y condiciones aquí expuestas; infrinja este acuerdo o se conduzca de manera inaceptable para Bendayan, LLC.

**ACUERDO DE NO RESPONSABILIZAR**

Acepto indemnizar y no hacer responsable a Bendayan, LLC, el doctor, sus fideicomisos, oficiales, directores, empleados, agentes, medios de información y diseñadores de la página web, en caso de pérdidas, gastos, danos y costos, incluyendo honorarios razonables relacionados o causados por cualquier fuga de información causada por fallas técnicas; o por usar internet o teléfono para comunicarme con Bendayan, LLC o el doctor o por cualquier ruptura por mi parte de este acuerdo.

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Este comunicado entra en vigencia desde el día 1 de julio de 2020, de acuerdo a las normas de nuestra oficina corporativa VitalMD/Femwell*

### PROTOCOLO DE LA OFICINA

- I) Entendemos que pueden surgir inconvenientes y emergencias. Si necesita cambiar o cancelar su cita, por favor llame con 24 horas de antelación para evitar un cargo de \$50 por "No Show"/" Inasistencia a la cita"

INICIALES \_\_\_\_\_

- II) Todos los copagos deben hacerse al momento de su cita. En caso de que su compañía de seguro no honre el costo de su visita, la llamaremos lo antes posible para hacerle saber. La información de sus beneficios no es garantía de pago por parte de su seguro y podría recibir una factura por correo. Esto no tiene relación alguna con el Dr. Bendayan o Bendayan, LLC. Por favor mantenga el respeto que merece nuestro equipo de trabajo, quienes solamente están cumpliendo su deber. Si desea, puede llamar a su compañía de seguro para disputar el cargo. En caso de no pagar su balance, este será reportado a una agencia de pagos (Collections).

INICIALES \_\_\_\_\_

- III) El Doctor Bendayan puede en ocasiones ausentarse de la oficina para atender un parto. Trataremos de contactarla en la brevedad posible para ofrecerle cambiar su cita o ver a la Dra. Placencia.

INICIALES \_\_\_\_\_

- IV) Según regulaciones de OSHA, está prohibido traer comida o bebidas a la oficina.

INICIALES \_\_\_\_\_

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**AVISO DE PRIVACIDAD BENDAYAN, LLC**

Entiendo que bajo el Acto de Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA por sus siglas en ingles), tengo ciertos derechos sobre la protección de la privacidad de mi información de salud. He recibido o he tenido la oportunidad de recibir una copia de Aviso de Privacidad. De igual forma, entiendo que Bendayan, LLC tiene el derecho de cambiar dicho Aviso de Privacidad y que puedo llamar a pedir la versión más reciente

**Uso de oficina**

Hemos intentado obtener la firma de la paciente aceptando recibo del Aviso de Privacidad:

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a Bendayan, LLC para que entregue o divulgue mi información médica y/o financiera a las siguientes personas:

- 1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de la paciente:**

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, además de poder revisar o copiar mi información privada de salud.

Entiendo que la información divulgada a cualquiera de las personas arriba mencionadas queda exenta de protección federal o estatal según la ley y puede ser divulgada por dicha persona.

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



### INFORMACION SOBRE MALPRACTIS

La ley del estado de Florida requiere que los médicos tengan un seguro de mal praxis o demuestren que poseen la disponibilidad económica para cubrir con gastos de cargos que puedan surgir por mal praxis.

#### SU DOCTOR HA ELEGIDO NO TENER SEGURO DE MALPRACTIS

Lo cual está permitido bajo la ley de Florida, sujeto a ciertas condiciones y según los estatutos de Florida s.458.320 (5) (g) 1 o Florida Statute s.459.008 s (5) (g) 1

La ley de Florida impone ciertas penalidades a estos médicos si no tienen la posibilidad de solventar un juicio adverso, de cierta cantidad mínima, que resulte de un mal praxis. Aquellos médicos que elijan no tener seguro de mal praxis tienen el deber de poner un aviso prominente en el área de recepción de su consultorio o entregar un comunicado a cualquier paciente que está siendo tratada medicamente.

### RECONOCIMIENTO DE LA PACIENTE

Por medio de la presente, reconozco que he leído y comprendido que el Dr. Bendayan ha elegido no tener seguro de mal praxis, tal como se ha indicado más arriba.

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN EXHAUSTIVO DE PELVIS Y/O RECTO**

**Según la nueva ley de Florida efectiva el 1o. de julio del 2020**

Entiendo y acepto que pueden hacerme un examen físico medicamente necesario que puede incluir, pero no limitado, a lo siguiente:

- ( ) Examen ginecológico femenino que puede incluir un examen pélvico
- ( ) Examen de ultrasonido que puede incluir una sonda insertada en la vagina
- ( ) Examen externo de genitales

Este examen será realizado por el Dr. Jose Bendayan y/o la Dra. Yuleima Placencia

Esta aceptación puede revocarse únicamente por escrito

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre y Firma del tutor legal si es menor de 18 años: \_\_\_\_\_

**Uso de oficina**

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

Fecha:

Nombre del empleado: