



## Formulario de Registro de Pacientes

Nombre (Primer): \_\_\_\_\_ (2nd): \_\_\_\_\_ (Apellido): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**\*Email( requerido):** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: ♂ ♀ Estado Civil: S ♂ C D M  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Información de seguros (Se requiere una copia de su tarjeta de seguro)

Compañía: \_\_\_\_\_ Miembro ID#: \_\_\_\_\_  
Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_  
Si el cónyuge es primero:  
Nombre del cónyuge : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información de farmacia:

Nombre de farmacia:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de farmacia:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fax de farmacia: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Como se informó de nosotros?

↑Groupon #: \_\_\_\_\_ ↑Website \_\_\_\_\_  
↑Televisión \_\_\_\_\_ (canal) ↑Remisión de un medico \_\_\_\_\_  
↑Familia/ Amigo \_\_\_\_\_ ↑Revista \_\_\_\_\_ (nombre) ↑Otros \_\_\_\_\_

Médico que le remitió: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo a Borikén Family Health and Wellness Center para ejecutar todos los documentos necesarios y liberar a mi compañía de seguros de salud u otras organizaciones como sea necesario. Cualquier información médica pertinente sobre mí que sean necesarios para el proceso de reclamaciones de reembolso de honorarios a mí para recibir tratamiento médico en a Borikén Family Health and Wellness Center. La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios de seguros pagara directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo. También autorizo a Borikén Family Health and Wellness Center ocompañía de seguros para liberar todo la información necesaria para procesar mis reclamos.

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



QUESTIONARIO SOLO PARA MUJERES:

1. Piensa que esta embarazada o piens quedar embarazada en un future  Si  No
2. Estas dando seno?  Si  No
3. Te duele las piernas mas cuando estas menstruando?  Si  No
4. Ha sido diagnosticada con Sindrome de Congestion Pelvica?  Si  No

Numero de embarazos? \_\_\_\_\_

Numero de partos/cesarea? \_\_\_\_\_

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



## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCION MEDICA

*Por favor lea esta forma cuidadosa y completamente antes de firmarlo*

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que tengo una condicion que requiere tratamiento medico.

Autorizo a Boriken Medical Group para determinar que tipos de procedimientos de diagnostico, (pruebas) deben hacerse a fin de aprender mas acerca de mi condición. Estas pueden incluir electrocardiogramas, ecografías, exámenes de sangre, presión arterial u otras pruebas de rutina. Entiendo que si mi medico ordena una prueba mas compleja o que tienen un riesgo especial, que se me explicara.

También autorizo a mi medico para determinar que tipo de tratamiento a darse y para realizar los procedimientos que considere necesario a su juicio profesional para preservar mi salud. Además, autorizo a personal de Boriken Medical Group para ayudar a dar el tratamiento que mi medico ordenara. Entiendo perfectamente que pruebas medicas o tratamientos pueden involucrar ciertos riesgos inevitables.

Si parte de mi tratamiento es muy complejo o conlleva riesgos especiales, se me explicara.

Entiendo que no es practico enumerar todos los aspectos de la atención medica, ni cada procedimiento o tratamiento que podría recibir. Sin embargo, reconozco que mi medico esta disponible para responder a mis preguntas que podría tener.

Certifico que he leído este formulario, se me ha explicado y certifico comprender completamente su contenido.

Firma de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

Para los pacientes que no pueden firmar

Firma de Representante Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## HIPAA

### LEY DE PORTABILIDAD DE SUGURO MEDICO Y RENDICION DE CUENTAS

Efectiva 09 de Abril del 2003

Debido a mandatos federal y estatal, tenga en cuenta la siguiente información importante.

Boriken medical group se compromete a mantener y proteger la confidencialidad de la información personal y confidencial de nuestros pacientes. Estamos obligados por la ley federal y estatal para proteger la privacidad de nuestros pacientes de salud e información personal. Por lo tanto, hemos establecido los siguientes cambios para garantizar el cumplimiento de estas leyes.

Ya no nos permiten dejar mensaje detallados en contestador o con miembros de la familia. Tenemos que hablar directamente con el paciente.

Imprime el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_



**Aviso De Prácticas de Privacidad Reconocimiento**  
**Boriken Medical Group**

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que han recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de su aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o la Legal de guarda (impresión)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Uso de oficina solamente:

Hemos hecho el siguiente intento de obtener la firma del paciente reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad:

Fecha: \_\_\_\_\_ Intento: \_\_\_\_\_

Nombre De Empleado: \_\_\_\_\_



### Convenio De Responsabilidad Financiera

El suscrito/a conviene que al firmar como padre, esposo/a, fiador, guardian o paciente, asume la responsabilidad obligación por cualquier balance pendiente que derive a causa de tratamiento medico a dicho paciente. En caso de que la cuenta fuese referida a un abogado, yo autorizo al abogado que obtenga mi reporte de credito: y el suscrito/a pagar dichas cuentas legales y asumira costos de coleccion.

Firma de paciente: \_\_\_\_\_

Imprime el nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento de correo electrónico

*El LLC y sus empleados deben ser referidos a lo largo de este consentimiento como "Proveedor".*

### **1. Riesgo de la utilización de correo electrónico para comunicarse con su proveedor:**

El proveedor ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de iniciar una comunicación de correo electrónico. Estos son algunos de los riesgos:

- a. Correos electrónicos pueden circular y ser almacenados en numerosos papeles y archivos electrónicos.
- b. Correos electrónicos puede ser inmediatamente emitidos por todo el mundo y ser recibidos por destinatarios no deseados.
- c. Remitentes de correo electrónico pueden fácilmente ingresar una dirección de email incorrecta.
- d. Correos electrónicos facilitan el falsificar documentos escritos a mano o documentos firmados.
- e. Pueden existir copias de seguridad de los documentos incluso después que el remitente o destinatario haya eliminado su copia.
- f. Los empleadores y servicios de internet tienen derecho de archivar e inspeccionar correos electrónicos transmitidos a través de su sistema.
- g. Correos Electrónicos pueden ser interceptados, alterados, o utilizados sin autorización o sin ser detectados.
- h. Correos Electrónicos pueden ser utilizados para introducir virus en el sistema computarizado.
- i. Correos Electrónicos puede ser utilizado como prueba en los Tribunales de Corte.

### **2. Condiciones para el uso de Correo Electrónico:**

El Proveedor debe proteger razonablemente la seguridad y confidencialidad de la información del correo electrónico enviado y recibido. No obstante, debido a los riesgos descritos anteriormente, el proveedor no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación del correo electrónico y no es responsable por divulgación inapropiada de información confidencial que no fue causada por mala conducta intencional del proveedor. Así que, los pacientes deben dar consentimiento del uso de correo electrónico para enviar información del paciente. Consentimiento para usar correo electrónico incluye estar de acuerdo con las siguientes condiciones.

- a. Correos Electrónicos enviados por paciente o al paciente sobre diagnósticos o tratamiento será impreso y archivado en el expediente médico del paciente ya que son parte del expediente, y de esa manera otras personas autorizadas pueden obtener acceso a los correos.



- b. El proveedor puede reenviar correos electrónicos internamente al personal y agente necesario para el diagnóstico, tratamiento, reembolso, u otros manejos. El Proveedor, sin embargo, no reenviara correos electrónicos a independientes o terceras personas sin el previo consentimiento por escrito del paciente, excepto si es autorizado o requerido por la ley.
- c. El paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico. El Proveedor no es responsable por infracciones de confidencialidad causadas por el paciente o terceras personas.
- d. El proveedor no deberá de participar de ninguna comunicación de índole ilegal, tal como practicar ilegalmente la medicina fuera del área del estado.
- e. Es la responsabilidad del paciente dar seguimiento o programar una cita.

### **3. Responsabilidades e Instrucciones del Paciente:**

Al comunicarse por correo electrónico el paciente deberá:

- a. Limitar o evitar el uso de la computadora de su empleo.
- b. Informar al proveedor de cambios en su dirección de correo electrónico.
- c. Confirmar que ha recibido y leído el correo electrónico del proveedor.
- d. Escribir el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- e. Incluir la categoría de la comunicación en la línea del tema, para propósitos de enrutamiento (ej. facturación, preguntas, etc.).
- f. Tomar precauciones para mantener la confidencialidad del correo electrónico, tales como protección de la pantalla y protección de contraseña.
- g. Retirar consentimiento solamente por correo electrónico u otra comunicación por escrito al proveedor.

### **4. Terminación de la relación del correo electrónico**

El proveedor deberá tener el derecho a terminar inmediatamente la relación de correo electrónico si es determinado a la discreción del proveedor, que han violado los términos y condiciones establecidas previamente o han violado este acuerdo, o si han adoptado un comportamiento inaceptable por el proveedor.

---

## **ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**



Yo he analizado con el Proveedor o su representante y doy consentimiento que he leído y entendido esta forma de consentimiento de Correo Electrónico. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico entre el proveedor y mi persona, y doy consentimiento a las condiciones en este documento. Estoy de acuerdo a las instrucciones expuestas en este documento, al igual que cualquier otra instrucción que mi Proveedor pueda imponer para comunicarse con pacientes por correo electrónico. Cualquier pregunta que tenía ya fueron contestadas.

### EXIMIR DE RESPONSABILIDAD

Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad el proveedor y sus administradores, agentes, directores, empleados, proveedores de información y diseñadores y mantenedores de sitios web, contra todas las pérdidas, gastos, daños y costos, incluyendo honorarios razonables de abogados, relacionados con o derivados a cualquier pérdida de información debido a fallo técnico, mi uso del internet para comunicarme con el Proveedor y/o cualquier incumplimiento de estas restricciones y condiciones.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ (Letra de imprenta)

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_



**Borikén Medical Group**  
12600 Pembroke Rd, st 208, Miramar, FL, 33027  
Phone 954-620-0026 / Fax 954-620-0047

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Por favor complete todas las secciones de este formulario de liberación de HIPAA. Si alguna sección se deja en blanco, este formulario no será válido y no será posible que su información de salud se comparta según lo solicitado.

**Sección I - Autorización**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso para \_\_\_\_\_  
compartir la información que figura en la Sección II de este documento con la (s) persona (s) u organización (s)  
que he especificado en la Sección IV de este documento.

**Sección II - Información de Salud**

Me gustaría dar permiso a la organización de salud anterior para:

Revelar mi registro de salud completo, que incluye, entre otros, diagnóstico, resultados de pruebas de laboratorio, tratamiento y registros de facturación para todas las condiciones.

Revelar mi historial médico completo, excepto por la siguiente información:

- Registros de salud mental
- Enfermedades transmisibles que incluyen, pero no se limitan a, VIH y SIDA
- Revelar registros de tratamiento de abuso de alcohol / drogas
- Información genética
- Otro: \_\_\_\_\_

**Sección III - Quién puede recibir mi información de salud**

Doy mi autorización para que la información de salud que se detalla en la sección II de este documento se comparta con la (s) siguiente (s) persona (s) u organización (es):



Nombre de Persona (s) Autorizadas: \_\_\_\_\_

y/o

Nombre: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero De Fax: \_\_\_\_\_

Entiendo que la (s) persona (s) / organización (es) enumerada (s) arriba puede no estar cubierta por las reglas estatales / federales que rigen la privacidad y seguridad de los datos y se le puede permitir compartir más la información que se les proporciona.

**Sección IV - Firma**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Escriba)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Si una persona con autoridad legal está completando este formulario para actuar en nombre de una persona, como un padre o tutor legal de un menor o un agente de atención médica, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Describa a continuación cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar esto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

