



E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

#### INFORMACION DEL PACIENTE

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

Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico : \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Como se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DE SU SEGURO MEDICO

Nombre del Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

#### INFORMACION DE SU CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### POR FAVOR DE LEER Y FIRMAR LO SIGUIENTE:

1. Pago por el servicio brindado es requerido al momento de la visita.
2. Al proveer mi seguro, yo permito que mis beneficios sean pagados directamente a **E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC**
3. Yo soy responsable por cualquier balance en mi cuenta, a pesar de cuál sea mi prima de seguro. Mi falta de pagar cualquier cuenta pendiente puede dar lugar al procedimiento de colección.
4. Yo autorizo a **E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC** a proveer cualquier información requerida para el proceso de mis reclamos médicos

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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



E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_

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

### HISTORIA MEDICA

MOTIVO DE SU VISITA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### HISTORIA MEDICA PASADA :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                     | <input type="checkbox"/> Cáncer                   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                | Tipo de Cáncer: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Artritis                 |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco             | <input type="checkbox"/> Depresión                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas      | <input type="checkbox"/> Ansiedad                 |
| <input type="checkbox"/> Infarto cerebral            | <input type="checkbox"/> Problemas de Coagulación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides | <input type="checkbox"/> Epilepsia                |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño          |
| <input type="checkbox"/> Colesterol elevado          | <input type="checkbox"/> Triglicéridos elevados   |

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ALERGIAS Y TIPO DE REACCIONES:

No tengo alergias

Alergias:  Latex  Iodo  Alimentos Si tiene alergia a algún alimento por favor especifique

Alergias a medicamentos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

Nombre : \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_

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

**CIRUGIAS (TIPO DE CIRUGIA Y FECHA)**

---

---

---

---

---

---

**VACUNAS:**

---

---

---

**MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre de su farmacia y dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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



E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

Nombre : \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_

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

### HISTORIA SOCIAL

Usted fuma?  Si  No

Cuanto? \_\_\_\_\_

Qué tiempo hace que fuma? \_\_\_\_\_

Usted toma bebidas alcohólicas?  Si  No  Diariamente  Ocasionalmente

Usted consume alguna droga?  Si  No Por favor especifique cual \_\_\_\_\_

Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Por favor indique que miembros de su familia tienen los siguientes problemas de salud:

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelos	Other
Hipertensión						
Diabetes						
Cáncer (especifique)						
Ataque cardiaco						
Enfermedades cardiacas						
Infarto cerebral						
Asma						
Enfermedades de la tiroides						
Colesterol elevado						
Triglicéridos elevados						
Enfermedades Mentales (especifique)						
Problemas de Coagulación						
Glaucoma						
Otros						

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

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



**E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC**

**9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173**

**Office 305 275-1700**

#### **POLIZA FINANCIERA**

Apreciamos la confianza que usted ha depositado en la selección de **E. Lopez del Castillo, M.D, LLC** para sus necesidades de salud y esperamos con interés su visita. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestros servicios, derechos u otros aspectos de su atención por favor siéntase libre de hablar de sus preocupaciones con nosotros. El pago por su visita a la oficina se requiere en el momento del servicio para:

1. Los pacientes sin seguro.
2. Los pacientes con seguro privado.
3. Los pacientes que no están cubiertos por uno de nuestros planes de seguro contratados.
4. Los pacientes que no nos proporcionan información sobre el seguro contratado. (Hay que tener una copia de su tarjeta de seguro en los archivos).

Todas las cantidades adeudadas por el paciente: Co-pagos, deducibles y que no están cubiertos se pagan en el momento del servicio. Cualquier servicio que se presta en esta oficina que no es un beneficio cubierto por su póliza de seguro, es su responsabilidad pagarlo. Nuestro personal le ayudará a lidiar con su compañía de seguro, pero es su responsabilidad conocer y entender su propia póliza de seguro. Es nuestro deseo que esta política vaya a ser útil y poder reducir cualquier confusión o malentendido en el futuro. Se requieren 24 horas de anticipación para cancelar su cita, puede llamar al **305 275-1700**.

Usted puede pagar los cargos de hoy y los cargos futuros en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

#### **POLIZA DE LLEGADAS TARDES Y AUSENCIA SIN PREVIO AVISO:**

Agradecemos un aviso de 24 horas sobre cancelaciones. Esto le da tiempo a la oficina para llenar el espacio de citas vacío con otra persona que necesita ser vista. Intentaremos acomodar a cualquier paciente enfermo que llegue tarde con la próxima cita abierta disponible.

#### **POLIZA DE VISITAS EL MISMO DIA SIN CITA (WALK-IN)**

Vemos a todos los pacientes por citas y ofrecemos la programación de citas el mismo día. A menos que se considere urgente, los pacientes que lleguen sin una cita tendrán la próxima cita abierta disponible.

#### **POLIZA DE REFERIDOS**

Muchas compañías de seguros requieren autorización a través de su PCP antes de consultar a un especialista. Este proceso puede demorar hasta 5 días hábiles en completarse. Si su PCP cree que debería ver a un especialista, llame al especialista, confirme que el médico está en su plan de seguro y haga una cita. Vuelva a llamar a nuestra oficina con el nombre del especialista, la fecha de la cita y la hora. Espere de 3 a 5 días hábiles para completar su referencia.



E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

**POLIZA DE REPOSICION DE MEDICAMENTOS (PRESCRIPTION REFILL)**

Para las solicitudes de reposición de recetas se debe llamar por teléfono durante el horario de atención habitual. Proporcione toda la información pertinente, incluido el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, el nombre del medicamento, la dosis, el nombre de la farmacia, la dirección de la farmacia y el número de teléfono. Espere hasta 3 días hábiles para que preparemos la receta. Ciertas condiciones crónicas y recurrentes pueden requerir una visita para una reevaluación antes de que se proporcione una reposición. No hacemos reposiciones de antibióticos o esteroides orales sin haber visto al paciente primero.

Gracias por entender nuestras políticas. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

Yo entiendo la política mencionada anteriormente y reconozco que soy financieramente responsable de los servicios prestados.

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

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

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_



E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

## **DIVULGACION DE LA INFORMACION/ DERECHOS Y ACEPTACION DE LOS PACIENTES SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

El departamento de Servicios Humanos y de Salud ha establecido una Regla de Privacidad con miras de asegurar que se proteja la privacidad de la información sobre la atención personal de la salud y que se use o se comparta solamente la mínima información que sea necesaria con el fin de proporcionarles una norma a revelaciones de información acerca de la salud de usted para fines de tratamientos, pagos, y operaciones de cuidado de la salud. El negarse a dar su consentimiento al uso o revelación de la información personal sobre su salud le prohíbe al médico facturar sus servicios, programar la atención que se le vaya a dar a usted en el hospital, llamar a una farmacia para que le despachen una receta así como satisfacer otras necesidades médicas. En virtud de esta ley, tenemos el derecho de negarnos a dar tratamiento si usted decide negarse a revelar información personal sobre la Salud (PHI Personal Health Information por sus siglas en Ingles). Si usted decide dar su consentimiento mediante este documento, en algún momento futuro usted también podrá revocar dicho consentimiento por escrito. No se dará a conocer ninguna otra información a partir de la fecha en que usted le presente dicha revocación al doctor. Si tiene alguna pregunta acerca del presente formulario, pida hablar con nuestro gerente de oficina. Consentimiento del paciente para usar y compartir información personal sobre la salud como lo permita y/o requiera la ley.

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

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

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_

Y también confirmo haber recibido la "Noticia de las Prácticas de Privacidad"

### **Compliance Assurance Notification for our patients.**

El mal uso de la PHI ha sido identificado como un problema nacional que causa molestias y gasto de dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados y doctores continuamente reciben entrenamiento para que sepan comprender y cumplir las reglas y regulaciones gubernamentales con respecto a HIPAA dándole especial énfasis a la Regla de Privacidad. Nos esforzamos por alcanzar las más elevadas normas de ética e integridad en la prestación de servicios a nuestros pacientes. Nuestra política es el determinar adecuadamente los usos apropiados de la información personal sobre la salud en conformidad con las reglas, leyes y regulaciones gubernamentales. Queremos asegurar que nuestra práctica nunca contribuya de manera alguna al creciente problema de la revelación inapropiada de dicha información. Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que creemos nos ayudará a impedir cualquier uso inapropiado de PHI. También sabemos que no somos perfectos, a causa de ello, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y pacientes sin intención alguna de sancionarlos ni penalizarlos si ellos son de la opinión que un evento compromete nuestra política de integridad de algún modo. Más aun, acogemos las ideas que usted tenga acerca de cualquier problema que tenga el servicio para poder resolver esa situación prontamente. Gracias por ser nuestro valioso paciente.



E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

**Solicitud del paciente para comunicaciones confidenciales de información de salud protegida.**

Patient Request for Confidential Communications of Protected Health Information The Health Insurance Portability Act of 1996 ("HIPAA") le provee el derecho que E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC se comunique con usted acerca de su información médica a direcciones alternas o teléfonos, y otras vías alternativas (por ejemplo, correos electrónicos) si esto es mas confidencial para usted. E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC hará las adaptaciones necesarias si su pedido es razonable. E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC le puede pedir que especifique la dirección alterna o el método de contacto antes que le podamos proveer este servicio. Si su pedido es aceptado, este Centro de Salud hará todo intento de comunicación con usted en la forma que usted ha pedido. Cambiar a otras vías de comunicación no podrá ser efectuada hasta que usted no los haya pedido por escrito. Para pedir otras vías de comunicación, por favor complete esta forma y envíela a: E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC 9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173 Office 305 275-1700.

Nombre del Paciente: _____ Telefono: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Describa el alternativo que usted está solicitando:

---

---

Yo estoy pidiendo que E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC se comunique conmigo por vías alternas o a alternas direcciones y teléfonos que son mas confidenciales para mí. Yo comprendo que este Centro Médico no podrá acomodar pedidos irrazonables.

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

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_

**RECORDATORIO : Si la dirección alterna pedida por el paciente es un email, entonces el consentimiento para email debe ser completado.**

**Forma de consentimiento para el uso de la comunicación vía email.**

**PROPOSITO: Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía email en referencia a su información de Salud Protegida**

E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía e-mail. Transmitir información vía e-mail tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC usará todas las formas razonables para proteger su información confidencial enviada vía email. De todas formas, E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC no podrá garantizarle la protección de su información confidencial enviada vía e-mail y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.





E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

Yo confirmo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía e-mail entre **E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC** y yo, y doy mi consentimiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me ha sido respondida. Yo estoy de acuerdo y consiento que **E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC** se pueda comunicar en referencia a mi información de Salud Protegida (por sus siglas en Ingles PHI) vía e-mail.

Mi dirección de e-mail acordada es: \_\_\_\_\_

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

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

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_

Personal de la oficina: Recibido : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Completado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Iniciales : \_\_\_\_\_



E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC

9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173

Office 305 275-1700

**Formulario de Consentimiento para utilizar el PROGRAMA ePrescribe.**

A través del Programa ePrescribe los médicos envían electrónicamente una prescripción precisa, sin errores, y comprensible directamente del consultorio del médico a la farmacia. El programa ePrescribe también incluye:

- **Formulario de información sobre Cobertura de Medicamentos** - proporciona la información al médico acerca de los medicamentos que están cubiertos por su plan de beneficios.
- **Estado de Receta Médica** - Permite que nuestro proveedor, médico primario, u otro proveedor de atención médica reciba una notificación electrónica de la farmacia indicando si su receta médica ha sido recogida y/o entregada total o parcialmente.
- **Historial de sus Medicamentos Recetados** - Proporciona información al proveedor de salud acerca de sus recetas médicas actuales y pasadas. Esto permite a los proveedores de atención médica estar mejor informados sobre los posibles problemas de medicación y utilizar esa información para mejorar la seguridad y la calidad en la atención. Los datos del historial de medicación pueden indicar: el cumplimiento de los tratamientos recetados, intervenciones terapéuticas farmacológicas y las interacciones de los fármacos, las reacciones adversas a los medicamentos y terapia duplicada.

La información del historial de medicación podrá incluir medicamentos recetados por su proveedor de cuidados de la salud en **E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC** así como otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado. Igualmente, se podrá incluir información confidencial acerca de medicamentos relacionados con las condiciones de salud mental, enfermedades venéreas, enfermedades de transmisión sexual, aborto (s), violación, asalto sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas, y el VIH/SIDA. Como parte de este Formulario de Consentimiento, usted autoriza expresamente el suministro de dicha información así como cualquier otra información sanitaria que sea requerida por su Médico Primario.

**Consentimiento**

Al firmar este formulario de consentimiento usted acepta que su proveedor de salud perteneciente a **E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC**, pueda solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados por otros proveedores de atención médica y/o prestadores de beneficios de farmacia para propósitos de tratamiento médico. Usted puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad de obtener atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. Su opción de dar o negar el consentimiento no puede ser la base para la denegación de los servicios de salud. Usted también tiene el derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado. Este formulario de consentimiento permanecerá efectivo hasta el día en que usted decida revocar su consentimiento. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de recibir la revocación.

Declaro que he leído el presente documento y otorgo el consentimiento a **E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC** para inscribirme en el Programa ePrescribe. Declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

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

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

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_



**E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC**

**9220 SW 72ND St. Suite #102 Miami, FL 33173**

**Office 305 275-1700**

**RECONOCIMIENTO DE NUESTRO AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Por la presente, reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de E. LOPEZ DEL CASTILLO, M.D, LLC. Al firmar a continuación, estoy "solo" dando reconocimiento de que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir el aviso de nuestras prácticas de privacidad.

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

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

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_