



Información para el paciente

*Tenga en cuenta: Para que podamos mantener la información más actualizada y precisa sobre nuestros pacientes, le solicitaremos que revise y actualice este formulario al menos una vez al año. *

FECHA: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: / / _____ Edad: _____

De Seguro Social: - - _____ Estado civil: Casado Soltero Divorciado

De Teléfono Celular: - - _____ # De Teléfono De Casa: - - _____

Dirección: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ # Teléfono de contacto de emergencia: - - _____

Idioma principal hablado: _____ ¿Cómo te enteraste de nosotros? _____

Nombre de la farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____

Información sobre el seguro de salud

Nombre del seguro primario: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor/fecha de nacimiento: _____ Relación con el Suscriptor: Propio Esposo Padre

Nombre del seguro secundario: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor/fecha de nacimiento: _____ Relación con el Suscriptor: Propio Esposo Padre

Divulgación de información y asignación de beneficios

Asigno directamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos a LDC PRIMARY CARE y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que el seguro los pague o no. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Además, estoy de acuerdo en que una fotocopia de este acuerdo debe ser tan válida como el original.

X

FIRMA DEL PACIENTE

LDC PRIMARY CARE

✚ Eduardo Lopez Del Castillo, M.D.
✚ María Pereda, APRN

2623 SW 147TH AVE
Miami, FL 33185
Teléfono:305-677-0227
Fax:866-381-6623



Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: / / _____

Fecha: / / _____

Historial médico

Motivo de su visita: Anual Enfermo Otro Si es otro, por favor explicar: _____

Antecedentes médicos / Alergias y tipo de reacciones

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ninguno<input type="radio"/> Hipertensión<input type="radio"/> Diabetes<input type="radio"/> Infarto<input type="radio"/> Enfermedad cardíaca<input type="radio"/> Golpe<input type="radio"/> Enfermedad de la tiroides<input type="radio"/> Asma<input type="radio"/> Colesterol alto en la sangre<input type="radio"/> Otros: _____ _____ _____	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cáncer Tipo de cáncer: _____<input type="radio"/> Artritis<input type="radio"/> Depresión<input type="radio"/> Ansiedad<input type="radio"/> Trastornos de la coagulación<input type="radio"/> Epilepsia<input type="radio"/> Apnea del sueño<input type="radio"/> Triglicéridos altos en sangre<input type="radio"/> Otros _____ _____ _____	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No alergias <p>Alergias:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Látex<input type="radio"/> Yodo<input type="radio"/> Cinta<input type="radio"/> Víveres <p>Si tiene alergias por favor déjenos saber: _____ _____ _____</p>
--	---	--

Cirugías (TIPO Y AÑO):

Vacunas:

Medicamentos actuales:

X

FIRMA DEL PACIENTE

X

FIRMA DEL DOCTOR

LDC PRIMARY CARE

✦ Eduardo Lopez Del Castillo, M.D.
✦ María Pereda, APRN

2623 SW 147TH AVE
Miami, FL 33185
Teléfono: 305-677-0227
Fax: 866-381-6623



Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: / / _____ Fecha: _____

Historia Social

¿Usted fuma? Sí No En caso de que si, ¿cuánto y por cuánto tiempo?

¿Bebes? Sí No En caso de que si, ¿con qué frecuencia? Diario Ocasionalmente

¿Consumes drogas? Sí No En caso de que si, por favor dejarnos saber:

¿Haces ejercicio? Sí No En caso de que sí, con qué frecuencia: 1-3 veces por semana 4-7 veces por semana

Tipo de dieta: _____

Antecedentes familiares

** Verifique a cualquier miembro de la familia que tenga los siguientes problemas de salud:

Condición Medica	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelo	Otro
Hipertensión						
Diabetes						
Cáncer (tipo de lista)						
Infarto						
Enfermedad cardíaca						
Golpe						
Asma						
Enfermedad de la tiroides						
Colesterol alto en la sangre						
Triglicéridos altos en sangre						
Enfermedad mental (tipo de lista)						
Trastornos de la coagulación						
Glaucoma						
Otro						

X

FIRMA DEL PACIENTE

X

FIRMA DEL DOCTOR

LDC PRIMARY CARE

✚ Eduardo Lopez Del Castillo, M.D.
✚ María Pereda, APRN

2623 SW 147TH AVE
Miami, FL 33185
Teléfono: 305-677-0227
Fax: 866-381-6623



Pólizas de la oficina

Responsabilidad financiera: Entiendo que es mi responsabilidad conocer mis beneficios dentro y fuera de la red. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que sean pagados o no por mi seguro. Entiendo que se requiere un pago por la visita al consultorio en el momento del servicio para pacientes sin seguro / pacientes con seguro privado / pacientes que no están cubiertos por uno de nuestros planes de seguro contratados / pacientes que no nos proporcionan la información del seguro contratado. Los pagos aceptados son en efectivo/tarjeta de crédito o débito.

Citas tardías: Si un paciente llega tarde a su cita, no hay garantía de que pueda ser atendido, ya que nuestra oficina se basa en los horarios de las citas. Recomendamos a todos los pacientes que lleguen 10 minutos antes de la hora de su cita. **Citas perdidas:** Pedimos a todos los pacientes que notifiquen a la oficina 24-48 horas antes de la fecha de su cita si no podrá asistir, de esta manera nuestra oficina puede llenar el espacio vacío de la cita con otro paciente que necesite una cita. Si la notificación no se da a tiempo, el paciente será responsable de una tarifa de \$ 25.00.

Visitas sin cita previa: No hay garantía de que pueda ser visto sin cita previa. Atendemos a todos los pacientes con cita previa y ofrecemos citas el mismo día si están disponibles.

Protocolo de derivación: Muchas compañías de seguros requieren autorización a través de su PCP antes de ver a un especialista. Este proceso puede tardar hasta 5 días hábiles en completarse. Si su PCP cree que debe consultar a un especialista, llame al especialista, confirme que el médico está en su plan de seguro y programe una cita. Llame a nuestra oficina con el nombre del especialista, la fecha y la hora de la cita. Espere de 3 a 5 días hábiles para completar su remisión/autorización.

Protocolo de resurtido de recetas: Las solicitudes de resurtido de recetas deben comunicarse por teléfono durante el horario habitual de oficina. 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 afecciones crónicas y recurrentes pueden requerir una visita para una reevaluación antes de que se proporcione un reabastecimiento. No llamamos ni reabastecemos antibióticos o esteroides orales sin haber visto primero al paciente.

Aviso para laboratorios a pacientes asegurados / no asegurados: LDC Atención Primaria LLC Se ofrece a realizar análisis de sangre a todos nuestros pacientes en la oficina como cortesía. A nuestros pacientes asegurados, les informamos que no verificamos los beneficios de las pruebas de laboratorio o muestras de cultivo, por lo tanto, no estaremos al tanto de la cobertura de su póliza o si se requiere autorización. Todos los análisis de sangre y las muestras de cultivos recolectadas se enviarán al laboratorio de la red junto con la información de su seguro, para que puedan procesarse a través de su seguro. No somos responsables si se aplica un copago/deducible, o si una prueba no está cubierta por su póliza de seguro. A nuestros pacientes que pagan por su cuenta, por favor asegúrense de conocer los precios antes de que extraigamos el análisis de sangre o recolectemos cualquier muestra de cultivo, ya que debe pagarse el mismo día. Todos los pacientes tienen la opción de extraerse un análisis de sangre en cualquier laboratorio que pertenezca a esta red de seguros.

Consentimiento para la comunicación por voz y mensajes de texto: Para transmitir los resultados normales más rápido a nuestros pacientes, hemos implementado la Historia Clínica Electrónica. Entiendo que para que LDC Primary Care deje mensajes detallados que contengan información médica específica en mi correo de voz o contestador automático, debo dar mi permiso a LDC Primary Care. Además, entiendo que para que LDC Primary Care envíe mensajes de texto detallados que contengan información médica específica a mi teléfono celular, debo dar mi permiso expreso por escrito a LDC Primary Care, también entiendo que mi información de atención médica en LDC Primary Care está protegida y una copia del Aviso de prácticas de privacidad está disponible si lo solicito. **Consentimiento para mensajes:** Doy mi consentimiento expreso por escrito a LDC Primary Care para dejar mensajes detallados en mi correo de voz/contestador automático sobre mis resultados de laboratorio NORMALES, resultados de diagnóstico y/o imágenes, información de recetas o recordatorios de citas. No se comunicarán resultados anormales a través de nuestro sistema automatizado.

X

FIRMA DEL PACIENTE

LDC PRIMARY CARE

✚ Eduardo Lopez Del Castillo, M.D.
✚ María Pereda, APRN

2623 SW 147TH AVE
Miami, FL 33185
Teléfono:305-677-0227
Fax:866-381-6623



Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

LDC Primary Care

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que este bufete tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que puedo ponerme en contacto con el bufete en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente o tutor legal (en letra de imprenta) Fecha

X

FIRMA DEL PACIENTE

Fecha

LDC PRIMARY CARE

✚ Eduardo Lopez Del Castillo, M.D.
✚ María Pereda, APRN

2623 SW 147TH AVE
Miami, FL 33185
Teléfono:305-677-0227
Fax:866-381-6623



Aviso de Prácticas de Privacidad LDC Primary Care

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE

SALUD: A continuación se describen las formas en que podemos usar y divulgar la información de salud que lo identifica (Información de salud). Excepto para los siguientes propósitos, usaremos y divulgaremos la información de salud solo con su permiso por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a nuestra práctica.

Tratamiento:

Podemos usar y divulgar información de salud para su tratamiento y para brindarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal, incluidas personas fuera de nuestra oficina, que están involucradas en su atención médica y necesitan la información para brindarle atención médica.

Pago:

Podemos usar y divulgar información de salud para que nosotros u otros podamos facturar y recibir pagos de usted, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos darle información sobre su plan de salud para que pague su tratamiento.

Operaciones de atención médica:

Podemos usar y divulgar información de salud para fines de operación de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para asegurarnos de que la atención médica que reciba sea de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operación de atención médica.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información de salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención. Cuando corresponda, podemos compartir información de salud con una persona que esté involucrada en su atención médica o en el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad que ayude en un esfuerzo de socorro en caso de desastre.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información de salud para investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con los que recibieron otro, para la misma afección. Antes de que usemos o divulguemos información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, podemos permitir que los investigadores revisen los registros para ayudarlos a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre y cuando no eliminen o tomen una copia de ninguna información de salud.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos. Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. (Opcional) Si no desea recibir estos materiales, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

SITUACIONES ESPECIALES:

Según lo exija la ley. Divulgaremos información de salud cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, las divulgaciones se harán solo a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Socios comerciales. Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.

Fines de la notificación de violación de datos. Podemos usar su información de contacto para proporcionar avisos legalmente requeridos de adquisición, acceso o divulgación no autorizados de su información de salud. Es posible que le enviemos un aviso directamente a usted o que notifiquemos al patrocinador de su plan a través del cual recibe cobertura.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar información de salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención; almacenamiento o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación de órganos, ojos o tejidos; y trasplante.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es miembro de un ejército extranjero.

Compensación de Trabajadores. Podemos divulgar información de salud para programas de compensación laboral o similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y defunciones; denunciar el abuso o la negligencia infantil; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando; una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que tenemos sobre usted:

Acceso a registros electrónicos. La Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica, Ley HITECH, permite a las personas *solicitar copias electrónicas de su PHI contenida en registros médicos electrónicos o solicitar por escrito o electrónicamente* que otra persona reciba una copia electrónica de estos registros. Las reglas generales finales amplían el derecho de una persona a acceder a registros electrónicos o a ordenar que se envíen a otra persona para incluir no solo registros de salud electrónicos, sino también cualquier registro en uno o más conjuntos de registros designados. Si la persona solicita una copia electrónica, debe proporcionarse en el formato solicitado o en un formato mutuamente acordado. Las entidades cubiertas pueden cobrar a las personas por el costo de cualquier medio electrónico (como una unidad flash USB) utilizado para proporcionar una copia de la PHI electrónica.

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, además de notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información de salud, debe hacer su solicitud por escrito.

Derecho a enmendar. Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea conservada por o para nuestra oficina. Para solicitar una modificación, debe hacer su solicitud por escrito.

Derecho a una rendición de cuentas de las divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de la información de salud para fines distintos del tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o para las cuales proporcionó autorización por escrito. Para solicitar un informe de divulgaciones, debe hacer su solicitud por escrito.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información de salud que usamos o divulgamos para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos a alguien involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud por escrito.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar una comunicación confidencial, debe realizar su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Atenderemos las solicitudes razonables.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el nuevo aviso se aplique a la información de salud que ya tenemos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS:

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben hacerse por escrito.

No se le penalizará por presentar una queja.

2623 SW 14TH AVE
Miami, Florida 33185

Oficina: 305-677-0227
Fax: 866-381-6623

A la atención de: Contacto de cumplimiento

Por favor, firme el formulario de "Reconocimiento" adjunto

LDC PRIMARY CARE

✚ Eduardo Lopez Del Castillo, M.D.
✚ María Pereda, APRN

2623 SW 14TH AVE
Miami, FL 33185
Teléfono: 305-677-0227
Fax: 866-381-6623