Dr. Mercade
& Associates LLC

TopLine MD Alliance

Dr Mercade & Associates, LLC

Gracias por elegir la oficina de Dr Mercade y Asociados, LIC , para sus necesidades de medico primario. Estamos orgullosos de los servicios que podemos proveerle. Hemos implementado un sistema de trabajo que nos permite dedicarle el tiempo necesario cuando nos viene a visitar.

Como todas las oficinas médicas en el país, seguimos todas la leyes estatales y federales, incluso la ley de Health Insurance Portability and AccountabilityAct (HIPAA), una ley federal que requiere la creación de guías nacionales para proteger su información médica , donde no se puede divulgar su información sin su consentimiento. Esto quiere decir que toda la información que comparte con nosotros es confidencial , segura y protegida por ley.
Como en muchas industrias que proveen servicios , le vamos a solicitar su información de tarjeta de crédito para acelerar el proceso cuando usted llega y cuando se va de su visita

Una vez que su Seguro médico paga lo que le corresponde por los servicios prestados en la consulta, si queda un remanente sin pagar que es parte de su obligación, vamos a usar su tarjeta de crédito , Le mandaremos una copia de la transacción.

Para mantener su información actualizada, por favor déjenos saber si alguna información demográfica/tarjeta de crédito ha cambiado cuando llegue a la oficina. Cuando sea necesario vamos a cobrar el co pago antes de su visita.

Por favor déjenos saber si tiene alguna duda y alguien del departamento de cuentas lo va a contactar .
Sinceramente

Fernanda Mercade, MD

Medical Director

Dr Mercade &Associates 747 Ponce De Leon Blvd, Suite 405, Coral Gables, FL, 33134 Phone (786) 442-2100

Fax (786) 442-2101 http://drmercade.com/

REGISTRACION

Información del paciente:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: ____/____/____Sexo: M / F (marque)

Casado/a/Soltera/o/a Viudo/a
Dirección:

Código postal:_____Telefono de casa: (_____) _____-_____

E-mail : _____
Celular: (____)_____-_____ (para recibir mensajes/ver laboratorios)

Lenguaje preferido: (Español) o (Ingles)

Empleador:

Teléfono del empleador: (___)_____

Doctor que lo refirió

En caso de emergencia a quien llamamos:

Nombre: Dirección:

Teléfono: (____) _____-_____ Celular: (____) _____-_____

Relación:_____

INFORMACION DEL SEGURO
MEDICO Nombre del Plan:

Numero de identificación:

Numero de grupo:

Titular del Seguro: Dia efectivo

Fecha de nacimiento del titular:____/____/____sexo: M/ F

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO Nombre del plan:

Numero de identificación: _____Numero de grupo:

Titular del _____

seguro: Dia efectivo:

Fecha de nacimiento del titular:____/____/____Sexo: M / F

Información para divulgar información al seguro médico:

Yo, por la presente, autorizo a Dr Mercade & Associates, a divulgar a mi seguro médico cualquier información medica necesaria para remitir y procesar pagos por los servicios prestados . Mas aun, yo entiendo que yo soy el responsable financiero por cualquier saldo que el Seguro no pague .

Firma del paciente:

Fecha:

INFORMACION IMPORTANTE PARA TODOS LOS PACIENTES

Su plan de seguro tiene regulaciones especiales que usted debe seguir para evitar tener que pagar la totalidad de la cuenta , una vez que los servicios se hayan proveído.

Política de pago: Por favor tenga lista la información de su seguro médico, tarjeta de credito y tarjeta de identificación en cada visita. Asegúrese de que nuestro doctor participa en su seguro médico. Infórmese de las políticas de su seguro médico, beneficios y limitaciones. Asegúrese que su seguro médico este actualizado antes de llegar a la oficina. Si nuestro personal no puede verificar que su seguro este activo o ciertos servicios no están cubiertos por el seguro, es su responsabilidad pagar la cuenta completa en el momento de la visita. Todos los co pagos, deducibles y co seguros deben ser pagados antes de su visita Los pacientes pueden recibir y ser responsables de cuentas generadas en otras instalaciones, como laboratorios o centros de diagnósticos , debido a que pueden no estar cubiertos por su seguro. Los pacientes son responsables por pagar cuentas que su seguro niegue o no tenga cobertura para el mismo. Los pacientes tienen la responsabilidad de pagar cuentas cuando nuestra practica o el seguro , no recibieron la información correcta del paciente. Los saldos que usted deba serán cobrados a su tarjeta de credito. Si un saldo queda sin pago por más de 45 días y usted no se ha comunicado con nosotros para pagarlo, la cuenta se va a transferir a una agencia de cobros , Por favor déjenos saber si está pasando por problemas financieros, nosotros podemos desarrollar un plan de pago. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover. En la situación en donde no hay información clara con respecto a la cobertura de un servicio, Dr Mercade & Associates, LLC va a cobrar por los servicios en el momento de la visita .Si su seguro cubre por los servicios , se le devolverá el dinero recaudado, dentro de los 30 días de haber recibido el pago del seguro médico,

Dr Mercade & Associates LLC usara una agencia de cobros con las cuentas que no hayan pagado sus saldos .Usted como paciente está de acuerdo que usted es responsable por los costos incurridos por el uso de una agencia de cobros si su cuenta queda sin pagar.

Referidos: Ciertos seguros médicos requieren una autorización del médico primario para ver un especialista. Este proceso puede tomar hasta 5 días hábiles. Si su médico primario cree que usted necesita ver un especialista, por favor llame al especialista para confirmar que tiene contrato con su seguro y haga una cita .Llame a nuestra oficina y déjenos la información del especialista, fecha de la cita. En los próximos 3-5 días hábiles nuestra oficina va a completar el referido. No aceptamos referidos para el mismo día.

Cancelación/llegar tarde/primera cita honorarios: si usted confirma su cita y después no viene a su cita, o llega 20 minutos tarde o la cancela dentro de las 24 horas se le cobrara una tarifa de $50.A los pacientes nuevos se les cobrara $50 dólares para mantener la primera cita. Si después de su visita no hay ningún pago pendiente, esa tarifa se le devolverá.

Formas: se necesita una cita con el médico para llenar formas .

Resultados : Nuestra oficina tiene un protocolo con respecto a los resultados de laboratorio/estudios. Si nuestra doctora necesita hablar con usted, lo llamaremos para darle una cita .Si no hay necesidad de una visita, se le pondrá la información disponible en el portal del paciente , si usted firmo el consentimiento para aceptar este tipo de comunicación.

Visita sin cita: Nuestra oficina vera a todos los pacientes que tienen una cita. Ofrecemos citas el mismo día después que nuestro personal haya hablado por teléfono con usted .A menos que sea urgente, todos los pacientes que lleguen sin cita se les dará una cita lo antes posible.

Renovación de recetas: La renovación de recetas se realiza en cada visita, Si por alguna razón usted se queda sin recetas, por favor llame a la oficina de 8:00 a 5:00 , deje su nombre, teléfono, fecha de nacimiento, nombre de la receta , miligramos y teléfono de la farmacia. Nosotros procesaremos el pedido dentro de las 72 horas siguientes. Sepa que no mandamos recetas por antibióticos sin ver al paciente. Por ley federal todas las sustancias controladas requieren una visita con el médico.

Derechos individuales del paciente: Yo tengo el derecho de revisar y obtener una copia de mi información de salud personal en cualquier momento. Yo tengo el derecho de pedir que Dr Mercade & Associates, LLC corrija información que es incorrecta o incompleta en mi record médico. También tengo el derecho de pedir una lista a Dr Mercade & Associates, LLC de cuando la oficina divulgo mi información medica por razones distintas de tratamiento , pagos u otros procesos administrativos ,

Por favor familiarícese con las reglas de su seguro médico. Su compañía de seguro le debe mandar por correo un resumen de sus beneficios , pagos, cargos etc. Por favor revise toda la información que su seguro le envía.

Yo he leído y entendido la información arriba

Nombre del paciente:

_____ _____

_____Firma: Fecha:

Testigo:_____

Reconocimiento de noticias de privacidad Dr Mercade & Associates , LLC

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability andAccountability 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

Office Use Only: We have made the following attempt to obtain the patient's signature acknowledging receipt of Notice ofPnvacy Practices:

Date: Attempt: StatTName:

Aviso De Prácticas De Privacidad Dr Mercade & Associates,LLC

ESTE AVISO DESCRIBE cóM0 LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USAR Y DIVULGADA Y cóM0 USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CON ATENCIÓN.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica: Se describe como sigue es las maneras en que podemos usar y divulgar información de salud que le idéntica a usted

(información de salud). Excepto para los siguientes propósitos, vamos a utilizar y su información médica sólo con su permiso por escrito. Usted puede revocar tal autorización en cualquier momento por escrito a nuestra pacta. Tratamiento:

Podemos usar y su información médica para su tratamiento y para proporcionar bs servíos de salud relacionada con el tratamiento. Por ejemplo, podemos fulgor información médica a doctores, enfermeras, y otro personal, incluyendo peÑonas fuera de nuestra oficina, que participan en su atención media y necesitan la información para proporcionarte atención media, Pago:

Podemos usar y divulgar su información médica para que nosotros u otros podemos facturar y recibe pago de usted, una compañía de seguros o un tercero para el tratamiento y los servicios que recibid, Por ejem*, podemos dar su información de plan de salud para que pagarán por su tratamiento.

Operaciones de atención médicos:

Podemos utilizar y divulgar información médica para fines de atención médica de la operación, Estos usos y divulgaciones

son necesarios . para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información pera asegurarme de que el cuidado médico que recibe es 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 atención médica de la operación.

Recordatorios de citas, salud y alternativas de tratamiento, beneficios y serios relacionados. Podemos utilizar y divulgar informactn médta para conbc'ade y recordarte que usted tiene una cu eon nosotros. También podemos usar y divulgar información médica para infomade sobre alternativas de trabmiento o beneficios relacionados con la sahJd y servicios que puedan ser de su interés.

Individuos involucrados en su cuidado o el pago de su atención. Cuando sea apropiado. podemos compant información médica con una persona que participa en su atención módica o el pago

de Su atención, como su familia o un amgo cercano. podemos noffcar a su familia sobre su ubicación o condición general o dÑulgar dicha hfomacbn a una entidad en un esfuerzo de alivio de desastre.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divu9r información médica para la hvesbgación. Por ejempb, un proyecto de investgación puede invoucrar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tatamienb a aquellos que reciberon otro, para la misma condición. Antes de que usemos o divuguemos irfomacón médba para la investigacidn, el proyecto pasad por un de aprobaS5n especial. Inciso sin autorización especial, podemos permtˈjr los investigadores registros para ayudares a identficar a los pacientes que pueden incluirse en su prcyecto de hvestàación o para otros propósitos similares, siempre y atando no retire ni tomar una copia de cualquier infomachn de salud.

Las actividades de recaudación de fondos. Podemos utfizar O

su información médica protegida, según sea necesario, para poder ubicarte para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de opˈar por no rechir comunaciones de recaudación de fondos. (Opcional) Si no recibir estos materiales, por favor envíe una soliatud por escrito al frial de privacidad.

$TUACIONE$ ESPECIALES:

Requeridas por la ley. hformación de salud cuando asi lo requiere la ley federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad. Podemos usar y dVuW su hformacidn médica cuando sea necesarb para prevenir una amenaza grave a su salud y segtmed o la salud y segundad del público u otra prsona. Revelaciones, sh embargo, se hará sób a aãuien que puede ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados de negocbg. Podemos divulgar información médica a nuestrx asociados de negocios que realizan furcbnes en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o setNtbs. Por epmpb. podemos utilizar otra compahia para realizar la facuracón de serôcios en nuestro nombre. rodos nuestros asociados de regocios estin oblígaos a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar O divuÊar cuaãuier información que como se especifica en el contato.

Violación de datos con fines de noüñcachn. Podemos utihzar su hfomacbn de contacto para proporcbnar avisos requeridos legalmente de adquisición no autorizada, el acceso o la de su infomación médica. Podemos enviar aviso directamente a usted o notifcar al patrocinador de su plan a través del recibe cobertura.

Donación de órganos y Si usbd es un donante de Organos, podemos utilizar o dÑuÊar infomaciOn de salud a organizactones que manejan la adquSicon de órganos u otras entidades que participan en licitaciones; banca o transporte de órganos, ojos O tejidos para faciEtar de Organos, o}os o donación; y

nte.

Militares y veteranos. Si usted un miembro de las Werzas armadas, podemos información muca según Io requerido por las autoMades de comando miitar. También podemos inforrrución médica a la autoridad matar extMjera n°respot-&me si eres un miembro de un ejército extranõ

Compensación, Podems divuãar intmaciOn de salud para la compensación de trabajadores o programas similares. Esbs programas proporcbnan beneficios por accuente de trabajo o enfermedad.

Salud pública riesgos. Podemos divubar información médu para actÑidades de salud pública Estas actvdades generalmente in±yen revelacores para prevenir o controlar enfermedades tesones o incapacidades; nacimientos de inbrme y muertes; abuso de informe o negbgencia; reacciones de informe a medicamenbs o problemas con productos; notificar a las personas retiradas de productos que pueden estar usando; 'na persona que han estado expuesta a una enfem•gdad o puede esbr en nesgo de contraer o propagar una enfermedad o condbi0n•, y la autofad de gobierno apropiada sl creemos que un paciente ha sido victima de abuso, negligencia o vblencia doméstica. Solamente haremos esta divuãación si usted está de acuerdo o undo requiera o aubrice la ley.

DERECHOS:

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

Acceso a registros ekctrónicos. La tecnob9ia de ia información de salud para la salud económea y clina Ley de atta tecnologia permite a las personas para pedir copias electrOnÊas de su PHI contenida en regstrx electrónicos de salud o solicitar por escito o electróntamente otra recha una copia ebctrOnba de estos regstros. Las reglas finales de ómnibus ametan el dereeho de una persona para Eceder a bs electon±os O dir'gir que ser ewiado a otra persona para ircluir no sólo registros electónbos de salud sino también todos los registros en uno o mas conjunbs de registros desonados. Si persona sobcita una copia electónba, deben ser proporcbnados en el formato solicitado o en In fomato de acuerdo muto. Entidades cubmas pueden cobrar a indÑauos por el costo de cualquier medio electrónico (como una unidad flash USB) u81izado para proporcbnar una copia de la PHI de electrónea.

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información de salud que pueden utilizarse para tomar decSiones sobre su cudado o el pago de su at3nciOn

Esto incluye registros médbos y de facturación. excepto las notas de psicoterapia .Para hspeccbnar y copiar esta información de saWd, debe hacer su petición, por escrit

Derecho a enmendar. Si usted cree que la hformación de salud que tenemos es o hcompleta, puede pedimos que enmendemos la informacon, usted tiene el derecho de pedir una enmienda mentras la información se manbene por o para nuestra cficha. Para solicitar una enmienda. usted deoe hacer su petición, por escrito

Derecho a una contabilidad de accesos. Usted tiene el cerecho de solicitar una lista de cieftas rvelaciones que htimos de información médica para fines que no sean de tratzmento, pego y operaccnes de atención médica o que proporcionaste autoñzacón por escrtto. Para solicitar una nntabilidad de accesos, usted debe hacer su pett&, por escrtto

Derecho e solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a sortcitar una restriccón o limitación en ta información médica que utilizamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de atencón médica Usted también tiene derecho a solicitar un limite en la información de salud que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o el pago de su etencon, como un familiar o amgo. Por ejemplo, usted puede pedir que no compartamos infomacón sobre un deErminado diagnostico o tratamiento con su ónyl.ge. Para soltitar una restricción, usted debe hacer su peticón, por escrito.

No estamos obligados a acepar su pedción. Si esuros de acuerdo, cj—remos con su peticbn a menos que la informacbn es necesaria para proporcionarle tratamienb de emergenca.

Derecho a la comunicación mediante solicitud confidencial. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una cierta manera o en cierto lugar. Por epmplo, usted puede solicitar que sólo te contactamos por correo o en el trabajo. Para solicrtar comuncaxn confidencial, usted debe hacer su peticiOn, por escrito Su pebcbn debe especificar cómo o dónde desea ser Acomodamos las peticiones razonables. Derecho a una cople impresa de esb nofffication. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificacon. Usted puede pedirnos que le dará una copia de este aviso en cualquier momento.

CAMBIOS A AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este avso a la nueva notficacón se aplica a la información de salud que ya tenemos asi como cualquier informacon que recibamos en el futuro.

Publicaremos una copia de nuesta notificacon actual en nuestra ofcna. La notJfcación oonÉndra la fecha de vgencia en ta primera pagina, en la esquina superor derecha Rugas:

Si usbd cree que sus derechos de pwaccad han sido medos, puede presentar una quep con nuesta Oficina O el Secretario del Depaürnenb de salud y servicbs humaras.

Todas las quejas deben hacerse por escrto

Usted no será penaízado por presenbr una queja.

747 Ponce De Leon Btvd, Suite 405
Coral Gables,ft33134

Office: 786442-2100
Fax: 786442,2101

Atención: Compliance Contact

Por favor firmar el "Reconocimiento"

Autorización de uso de Tarjeta de credito

Se necesita tener en su información demográfica una tarjeta de credito que sea válida y actualizada para poder recibir servicios en la oficina de DR MERCADE & ASSOCIATES LLC.

Yo autorizo a DR MERCADE & ASSOCIATES LLC a cobrarme usando la tarjeta de credito cualquier saldo o balance que quede en mi cuenta, incluyendo copagos, deducibles , co seguros, tarifa por llegar tarde, primera cita, cancelar la cita con menos de 24 horas de anticipación.
Yo entiendo que esta autorización queda vigente indefinidamente . To entiendo que DR MERCADE & ASSOCIATES LLC debe ser notificado de inmediato si la información de mi tarjeta de credito ha sido actualizada y que la falta de notificación de estos cambios puede resultar que Dr Mercade & Associates LLC pueda usar otra tarjeta que este en mis documentos , en el caso que mi tarjeta principal esta vencida, cancelada o comprometida.

Nombre del Paciente:
_____

Fecha de nacimiento:
_____

Tipo de Tarjeta: ☐ Visa ☐ Mastercard ☐ Discover ☐ American Express ☐ FSA/HAS

Nombre como aparece en la tarjeta:_____

Dirección donde recibe resumen de cuenta:
_____

Últimos 4 números de la tarjeta: ____ ____ ____ ____ **Fecha de vencimiento**: ____ / ____ / _____

Yo autorizo a DR MERCADE & ASSOCIATES LLC a cobrar usando esta tarjeta de credito de acuerdo a los términos explicado más arriba. To certifico que estoy autorizado/a usar esta tarjeta de credito y que no voy a disputar el pago con mi compañía de tarjeta, siempre y cuando la transacción sigue términos aquí expresados

Firma del titular :
_____

Fecha: _____

**** Nuestra oficina usa PCI-DSS, todo el personal que trabaja aquí se les ha hecho una verificación de antecedentes .La información de su tarjeta de credito esta guardad en un terminal PCI-DSS en donde los detalles de la tarjeta no se pueden ver . ****

Gracias por elegirnos para su examen Anual(físico) .Como usted sabe , este examen incluye conversaciones con respecto a medidas preventivas según su edad y sexo, ordenar los estudios indicados y a veces ciertas medicaciones .
Su seguro le brinda este servicio gratuito,

Estos son algunos de los temas que vamos a abordar:

Detección de presión alta

Detección de Obesidad

Detección de cáncer de colon

Detección de cáncer de mama

Detección de enfermedades de transmisión sexual entre otras

Si usted tiene un problema médico que quisiera conversar hoy, diferente de los Indicados arriba, sepa que no está incluido en la visita y deberá pagar el copago, co- seguro, deducible según su plan de seguro .

Yo he leído y entendido la información de arriba

Nombre del paciente Fecha

Firma

Testigo

CONSENTIMIENTO CORREO ELECTRONICO

El LLC y sus empleados deben ese referidos 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 d uso de Correo Electrónico:

El Proveedor debe proteger razonablemente la seguridad y confidencialidad de la información del correo electrónico enviado y recibido. No obstante, debdo 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. As 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 0 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 deberé:

a. Limitado evitar el uso de 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.

ACUERPO y RECONOCIMIENTO 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 Jas 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 PE 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 _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACION DE VOZ Y TEXTOS

Yo entiendo que la oficina de Dr Mercade & Associates,LLC usa mensajes de textos o llamadas telefónicas para dejarme saber sobre mis resultados médicos .Yo le doy permiso para hacerlo. Es más, yo entiendo que para que la oficina de Dr Mercade & Associates LLC pueda dejar mensajes detallados de información médica en mi celular yo tengo que dejar mi consentimiento por escrito dándole permiso a Dr Mercade & Associates,LLC.Tambien yo entiendo que mi información medical esta protegida en la oficina de Dr Mercade & Associates, LLC y que puedo pedir una copia de los mismos en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO PARA MENSAJES

Yo dejo consentimiento escrito para que Dr Mercade & Associates LLC pueda dejar mensajes detallados con información médica en mi celular/mensaje de vos cuando mis resultados son normales, incluso cuando tenga resultaos de imágenes diagnosticas, recetas de medicaciones o recordatorio de citas.

Nombre del paciente: Fecha

Firma del paciente Numero de celular

Es mi responsabilidad mantener esta información actualizada , ya que es puede cambia en cualquier momento. Este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque. Yo reservo el derecho de revocarlo en cualquier momento. Yo También entiendo que debo darle una notificación por escrito si deseo revocarlo.

Historia medica: Por favor complete el cuestionario antes de su cita con el médico.

Nombre:_____ Fecha :_____

Fecha de nacimiento:

_____

Farmacia:

_____

Teléfono:

_____

Dirección:

_____

¿Cuál es la razón de su visita?

_____

Lista de medicamentos: (recetas y sin recetas):

Nombre	Dosis	Frecuencia

Lista de problemas médicos: marque todos los que correspondan:

Diabetes	Hipertensión	Colesterol alto	Demencia
Artritis	Insuficiencia renal	Ataque al corazón	convulsiones
Problema de próstata	Asma	arritmias	Ansiedad
Osteoporosis	Tiroides	Migrañas	Depresión
Isquemia cerebral	Incontinencia urinaria	Glaucoma	Pólipos de colon

¿Tiene alergias a alguna medicación?(marque NO si no tiene alergias a medicación)

_____

Si es mujer :Cuantos embarazos tuvo: ¿Alguna complicación?

¿Cuantos hijos tiene Usa método anticonceptivo?

Cirugías

1._____

2._____

Hospitalización

I .

_____

2.

_____

Historia Medica familiar

I .Madre:

_____

2.Padre:

_____

Historia social:

Fuma: SI NO paquetes al día: Ex fumador: Si No

Toma alcohol ; SI NO Ex-tomador: ¿cuándo dejo?

Vacunaciones:

Flu(gripe)	Neumonía	COVID 19
HPV(papiloma virus)	MMR	Tétanos
Hepatitis	Herpes Zoster	Other

¿Ha hecho alguno de estos estudios en el pasado?:

colonoscopia	recha	resultado
mamografia	recha	resultado
Densitometría ósea	recha	resultado
Papanicolaou		resultado
stress test cardiaco	fecha	resultado

¿Información adicional que quiera compartir?:

_____

¿Como se enteró de nosotros?:

La información que he proveído es precisa y actualizada.

Nombre del paciente Fecha: Firma:

Consentimiento general para examen físico pélvico/genital/rectal

Entiendo el procedimiento que se ha planeado y doy mi consentimiento para un examen físico hecho por el medico que puede incluir , pero no está limitado a Io siguiente:

Por favor marque lo que corresponda:

( ) examen ginecológico que puede incluir un examen rectal y pélvico

( ) un ultrasonido que puede incluir poner un transductor en la vagina

( ) un examen rectal solamente

( ) un examen genital solamente

( ) un ultrasonido que puede Incluir pone? un transductor en el recto

( ) DECLINO TODOS LOS PROCEDIMIENTOS MENCIONADOS ARRIBA

Este examen va a ser realizado por un doctor de Dr Mercade & Associates ,LLC.

Este consentimiento va a permanecer activo hasta que yo anule por escrito

Nombre del paciente

_____

Firma

_____

Fecha _____

Autorización para la divulgación de información medica:

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Por la presente autorizo a Dr Mercade & Associates, LLC para solicitar/divulgar mi información médica a las siguientes entidades (doctor o grupo):

Nombre: Teléfono:

Dirección: Fax#:

Información medica requerida:

Laboratorios

Consultas

Rayos X: {X-Ray, Mamografía, Ultrasonido, CT, MRI, etc.)

Firma del paciente Fecha

Dr Mercade & Associates, LLC

747 Ponce de Leon Blvd, Suite 405 ,Coral Gables, FL,33134

Phone : 786-442-2100 Fax: 786-442-2101

This release authorizes the disclosure of records for one year from the date signed above. t understand that these record' are protected under Federal and/or State law and cannot be disclosed without' wtitten consent unless othervwise permitted by law. I further understand that the specific tne information to be disclosed may. if applicable. include: diagnosis. prognosis, and treatment for physical and/or mental illness.

including treatmat of alcohol or substance abuse, auto-immune deficiency "drome (AIDS), N DS related complex (ARC) or human immunodeficiency virus (HTV) infeetion tor any admisioas. t understand that t have the right to revoke this coasett at any time unless the facility. which i' to make the disclosure of information. has already he so in reliance on the eonsent.tiilt

ESTATUTO DE LA FLORIDA

501.0575 DECLARACION DE DERECHOS PARA BAJAR DE PESO

Esta declaración consiste en las siguientes provisiones:

A) Alerta: bajar de peso de manera rápida puede causar problemas de salud . Adelgazar más de 1 % libra a 2 libras por semana or bajar más del 1% de peso corporal por semana es una bajada de peso rápida.

B) Consulte con su médico de cabecera antes de empezar un programa para adelgazar ,

C) Solo cambios permanentes del estilo de vida , como elegir comida saludable y aumentar la actividad física , promueven adelgazar a largo plazo,

D) La especialidad del médico debe estar disponible si la pide.

E)Usted tiene derecho a:

Preguntar los riesgos potenciales de salud si empieza el programa , su contenido nutricional, apoyo psicológico y componentes educacionales.

Recibir un estado de cuenta detallado del precio , incluyendo productos extras, servicios, suplementos, examines y estudios de laboratorio.

Saber cuánto dura el programa

Saber el nombre y las calificaciones del nutricionista or dietista que revisa el programa.

Consentimiento informado para pacientes bajo tratamiento adelgazar

Yo, autorizo a la Dra. en asistirme en mis esfuerzos para bajar de peso y combatir la obesidad,
Yo entiendo que los tratamientos pueden incluir, pero no están limitados a el uso de medicaciones para bajar de peso.
Yo he leído y entiendo que es mi responsabilidad seguir cuidadosamente las instrucciones de mi médico y comunicar a mi médico tratante cualquier cambio en mi estado de salud.

Yo entiendo que mi medico me ha explicado los posibles riesgos y beneficios del uso de medicación para tratar la obesidad y doy consentimiento para el tratamiento y estoy dispuesto a aceptar los riesgos de efectos adversos, aun cuando puedan ser serios por la posibilidad de que me ayuden a bajar de peso. Algunos efectos adversos pueden ser nerviosismo, insomnio, dolor de cabeza, boca seca, debilidad, alergia medicamentosa, elevación de la presión arterial , cáncer medular de tiroides, pancreatitis entre otros.
Yo entiendo que la continuación del uso de medicación para adelgazar dependerá de mi progreso con la pérdida de peso y el mantenimiento del peso perdido.
Yo reconozco que he tenido la oportunidad de leer y entender esta forma , como también hablar con el medico con respecto a los riesgos y beneficios de este tratamiento.

Nombre del paciente

Firma

Fecha