



Dr. Raul Tano
 8299 South Dixie Highway
 Miami, FL 33143
 Tel: (786) 528-3000
 Fax: (404)494-7564
 Email: info@mycaredoctors.com
WWW.mycaredoctors.com



Informacion Del Paciente:

Nombre del Paciente: _____ Número de Seguro Social: ____/____/____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F (Circule uno) Casado/Soltero/Divorciado/viudo
 Dirección: _____ Código Postal _____
 Teléfono Casa: (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____
 Teléfono Celular:(____) _____ - _____
 Doctor que Refirió: _____
****Como Supo de Nuestra Práctica?** _____

A quien Acudir en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Dirección: _____
 Teléfono Casa: (____) _____ - _____ Teléfono Trabajo: (____) _____ - _____
 Teléfono Celular:(____) _____ - _____
 Relación: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

Nombre Plan: _____ Número ID: _____
 Número Grupo: _____ Dueño de Póliza: _____
 Efectiva Fecha: _____ Numero de seguro social dueño de Póliza: _____ - _____ - _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sex: M / F

SEGUNDO SEGURO MEDICO:

Nombre de Plan: _____ Número ID: _____
 Número Grupo: _____ Dueño de Póliza: _____
 Fecha de Efectividad: _____: _____ - _____ - _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F

***Si su seguro requiere un referido para ver a Dr. Bango o Dr. Kini, es su responsabilidad de proveer a nuestra oficina el referido. Si la compañía de seguro denegar su pago (por falta de referido) usted, el paciente, está de acuerdo de pagar MyCare Health Partners el Monto completo de los cargos ocurridos durante su visita.

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

LIBERAR INFORMACION AL SERGURO MEDICO:

Por la presente autorizo a la oficina MyCare Health Partners, para liberar a mi compañía de seguros de la información necesaria para presentar y agilizar el pago de mi reclamo. Asigno más beneficios a pagar de mi parte a MyCare Health Partners Socio Salud. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro.

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____



Dr. Raul Tano
8299 South Dixie Highway
Miami, FL 33143
Tel: (786) 528-3000
Fax: (404)494-7564
Email: info@mycaredoctors.com
WWW.mycaredoctors.com

Aviso a Todos Los Pacientes

Su plan de salud tiene regulaciones específicas que debe seguir para que usted pueda evitar la responsabilidad por el pago total de los servicios prestados por nuestros médicos .

Política de Pago: Por favor este preparado en presentar su tarjeta de seguro y la tarjeta de identificación en cada visita. Asegúrese de que nuestro doctor participe activamente con su compañía de seguros . Sea consciente de sus beneficios y limitaciones de la política de seguros. Asegúrese de que su seguro ser actual y activa antes de su llegada. Si no podemos verificar la cobertura o hay servicios prestados que no están cubiertos por su póliza , es su responsabilidad de pagar su totalidad en el mismo día de la visita . Todos los co- pagos de seguros, deducibles y co -seguro se deben pagar en el momento del servicio.

Los pacientes pueden recibir y son responsables de las facturas de los servicios se ha enviado a otro centro , como un laboratorio o centro de diagnóstico que no puede ser cubierto por el seguro. Los pacientes serán responsables de cualquier factura de servicios no remunerados, incluidos los servicios que pueden haber sido negados o no cubiertos por su compañía de seguros. Los pacientes serán responsables de pagar las reclamaciones en donde ya sea la práctica o el plan de seguro por que no recibieron información precisa del paciente. Los balances serán enviados por correo por los servicios no remunerados. Los saldos deben ser pagados en 30 días. Si el saldo se debe más de 90 días y no se han puesto en contacto para coordinar los pagos , la cuenta puede ser entregado a una agencia de colecciones. Por favor avísenos si usted está experimentando dificultades financieras y vamos a trabajar con usted en el desarrollo de un plan de pago. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard , Discover y cheques personales.

Política Referidos: 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 para completar . Si su PCP cree que usted necesita ver a un especialista, llame al especialista para confirmar el médico está en su plan de seguro y hacer una cita . Llame a nuestra oficina de vuelta con el nombre del especialista, la fecha de la cita y la hora. Permitir 3-5 días de negocios para la finalización de su remisión.

Política de no cancelación: Por favor sea cortés y llámenos si usted no puede asistir a su cita con 24 horas de anticipacion. Esto nos permite ver otros pacientes que pueden estar en necesidad es nuestros servicios. Los pacientes que no cancelan su cita se le cobrará una cuota de no-show de \$ 25.00

Formas: Aplicamos un cargo de \$20 por completarles cualquier formulario.



Dr. Raul Tano
8299 South Dixie Highway
Miami, FL 33143
Tel: (786) 528-3000
Fax: (404)494-7564
Email: info@mycaredoctors.com
WWW.mycaredoctors.com

Resultados de la prueba : Por favor llame a la oficina después de una semana desde el día de la recogida de muestras para obtener resultados , en función de los resultados MyCare Health Partners puede requerir una visita de seguimiento para revisar y discutir cualquier prueba o patología resultados del diagnóstico.

Walking Política : Lo vemos todos los pacientes por citas y ofrecemos algunas citas el mismo día, A menos que se considere urgente , los pacientes que llegan sin cita previa se les dará la próxima cita abierta disponible.

Recetas Política : solicitudes de recarga de prescripción debe ser llamado por teléfono durante horas regulares de oficina . Proporcionar toda la información pertinente , incluyendo el nombre del paciente , fecha de nacimiento, nombre del medicamento, dosis , nombre de la farmacia y el número. Permitir hasta 3 días hábiles para que nosotros preparamos la receta. Ciertas condiciones crónicas y recurrentes pueden requerir una visita para la re- evaluación antes se proporciona una recarga . No llamamos en o dispensamos antibióticos sin haber visto al paciente primero .

Por último, esta es su plan médico. Por favor familiarícese con todas las reglas del plan médico con el cual usted está suscrito. Su compañía de seguro le enviara por correo un resumen de los cargos y pagos. Por favor revise toda correspondencia de su seguro.

Por favor firme y regrese esta forma después de leerla. Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con nuestro personal.

Hi leído y entiendo la información anterior:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____



Dr. Raul Tano
8299 South Dixie Highway
Miami, FL 33143
Tel: (786) 528-3000
Fax: (404)494-7564
Email: info@mycaredoctors.com
WWW.mycaredoctors.com

Historial Medico

Por favor complete el siguiente cuestionario antes de su cita con el doctor, esta informacion es muy importante para nosotros para el su cuidado, por favor conteste las preguntas lo mas preciso posible.

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Farmacia

Nombre: _____ Telefono: _____
Direccion: _____

Razon de su visita:

Por cuanto tiempo tiene este problema:

Lista de Medicamentos : (si toma alguno)

Medicinas

Nombre	Dosis	Cuantas veces al dia?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____



Dr. Raul Tano
8299 South Dixie Highway
Miami, FL 33143
Tel: (786) 528-3000
Fax: (404)494-7564
Email: info@mycaredoctors.com
WWW.mycaredoctors.com



Enumere sus problemas medicos: (ejemplo: presión alta, diabetes...)

- 1. _____ 2. _____ 3. _____
- 4. _____ 5. _____ 6. _____
- 7. _____ 8. _____ 9. _____

Usted sufre de alergias? (ej: medicina, medio ambiente, etc)

Enumere cirugías pasadas con sus respectivas fechas (ej: cesaría Feb,2002)

- 1. _____ 2. _____
- 3. _____ 4. _____
- 5. _____ 6. _____

Hospitalization

- 1. _____ FECHA: _____
- 2. _____ FECHA: _____
- 3. _____ FECHA: _____
- 4: _____ FECHA: _____

Historia Familiar

Alguien en su familia padece or sufre de alguna enfermedad cronica? Por favor ser especifico Quien y Que. Si nadie por favor escriba **Nadie**

Ej: Diabetes, presión alta, cáncer, etc



Dr. Raul Tano
 8299 South Dixie Highway
 Miami, FL 33143
 Tel: (786) 528-3000
 Fax: (404)494-7564
 Email: info@mycaredoctors.com
WWW.mycaredoctors.com



Historia Social:

Usted Fuma? SI NO _____ # paquete al dia _____ # de anos que fuma
 Ex-fumador _____ #Paquete al dia _____ Por cuantos anos cuantos anos ya dejo de fumar _____

Usted bebe alguna bebida alcohólica? SI ___ NO ___ que tipo _____ # de Bebidas/Semana _____
 Ex Bebedor: por cuantos anos _____ #de Bebidas/Semana _____ lo dejo: _____ #anos

Alguna otra información adicional que usted cree que deberíamos saber acerca de usted?: _____

Medical Use Only

Vital Signs: BP _____ HR _____ TEMP _____ BMI _____ WT _____ HT _____
 R _____ OX _____

Yo confirmo que según mis conocimientos la información en este documento es correcta

PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA: _____ **ASISTENTE MEDICO:** _____



**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD
 DEL PACIENTE-9
 (PHQ-9)**

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
 =Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
---	--	--	---



Dr. Raul Tano
8299 South Dixie Highway
Miami, FL 33143
Tel: (786) 528-3000
Fax: (404)494-7564
Email: info@mycaredoctors.com
WWW.mycaredoctors.com

Aviso De Privacidad Reconocimiento

MyCare Health Partners, LLC

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 he recibido o he 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 of Privacy Practices:

Date: _____ Attempt: _____

Staff Name: _____



Dr. Raul Tano
8299 South Dixie Highway
Miami, FL 33143
Tel: (786) 528-3000
Fax: (404)494-7564
Email: info@mycaredoctors.com
WWW.mycaredoctors.com



MEDICAL RECORD RELEASE FORM

Telephone: 786-528-3000

Fax: 404-494-7564

E-mail: info@mycaredoctors.com

Patient Name

Date of Birth

I hereby authorize the below listed entity to release medical information to **MyCare Health Partners**:

Name: _____ Telephone#: _____
Address: _____ Fax#: _____

Medical Information Requested:

- All Records
- Specific Records from _____ to _____
- Immunizations & Physical Examinations
- Radiology Films {X-Ray, Mammography, Ultrasound, CT, MRI, etc.}

Signature of Patient or Legal Guardian

Date

This release authorizes the disclosure of records for one year from the date signed above. I understand that these records are protected under Federal and/or State law and cannot be disclosed without written consent unless otherwise provided by law. I further understand that the specific type information to be disclosed may, if applicable, include: diagnosis, prognosis, and treatment for physical and/or mental illness, including treatment of alcohol or substance abuse, auto-immune deficiency syndrome (AIDS), AIDS related complex (ARC) or human immunodeficiency virus (HIV) infection for any admissions. I understand that I have the right to revoke this consent at any time unless the facility, which is to make the disclosure of information, has already done so in reliance on the consent.