Date _____
Fecha

Patient Registration
Registración del Paciente

FOR INTERNAL USE ONLY
PATIENT NUMBER _____

Patient Information - *Información del Paciente*

Social Security # _____
Numero de Seguro Social

First Name _____ Middle _____
Primer Nombre *Segundo Nombre*

Last Name _____
Apellido

Sex _____ Date of Birth ____/____/____
Sexo *Fecha de Nacimiento*

Marital Status ☐ Married ☐ Single ☐ Divorced ☐ Widowed
Estado Civil *Casada* *Soltera* *Divorciada* *Viuda*

Race/Ethnicity _____
Raza/Etnia

(Check One) ☐ Employed ☐ Retired ☐ Full-Time Student
Marque Uno *Empleada* *Retirada* *Estudiante Tiempo Completo*

☐ Other _____
Otro

Employer _____
Empleador

Work Phone (_____) _____
Telefono de Trabajo

Home Address _____
Direccion del Hogar

City _____ State _____ Zip _____
Ciudad *Estado* *Codigo Postal*

Email Address _____

Home Phone (_____) _____ Cell Phone (_____) _____
Telefono del Hogar *Telefono Cellular*

I was referred to: _____ by / *por*
Fui recomendado por

☐ Friend _____ ☐ Relative _____
Amigo *Familiar*

☐ Physician _____ ☐ Insurance _____
Médico *Seguro*

☐ Reputation of the LLC's Physicians _____
Reputación de los Médicos del LLC

☐ Existing Patient of the LLC _____
Paciente Existente de la LLC

☐ Other _____
Otro

Insurance Information - *Información del Seguro*

Please provide your insurance card to the receptionist - *Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista*

☐ Commercial ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Worker's Compensation ☐ Other _____

Insurance company _____
Compañia de Seguro

Insured / Card Holder's Name _____ Relationship _____
Nombre del Asegurado *Relación*

Policy # _____ Group # _____ Phone ( ) _____
Numero de Poliza *Numero de Grupo* *Telefono*

Secondary Insurance Information - *Información del Seguro Secundario*

☐ Commercial ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Worker's Compensation ☐ Other _____

Insurance company _____
Compañia de Seguro

Insured / Card Holder's Name _____ Relationship _____
Nombre del Asegurado *Relación*

Policy # _____ Group # _____ Phone ( ) _____
Numero de Poliza *Numero de Grupo* *Telefono*

Emergency Contact - *En Emergencias, contactar a:*

Social Security # _____
Numero de Seguro Social

First Name _____ Middle _____
Primer Nombre *Segundo Nombre*

Last Name _____
Apellido

Sex _____
Sexo

Home Phone (_____) _____
Telefono del Hogar

Work Phone (_____) _____
Telefono del Trabajo

Pharmacy - *Farmacia*

Pharmacy _____
Farmacia

Pharmacy Address _____
Direccion de la farmacia

Pharmacy Phone _____
Numero de telefono de la farmacia

Spouse / Guarantor / Responsible Party - *Esposo / Persona Responsable*

Social Security # _____
Numero de Seguro Social

Sex _____ Date of Birth ____/____/____
Sexo *Fecha de Nacimiento*

Relationship _____
Relación

Daytime Phone (_____) _____
Teléfono durante el dia

First Name _____ Middle _____
Primer Nombre *Segundo Nombre*

Employer _____
Empleo

Last Name _____
Apellido

Address _____
Direccion

Address _____
Direccion

City _____ State _____ Zip _____
Ciudad *Estado* *Codigo Postal*

City _____ State _____ Zip _____
Ciudad *Estado* *Codigo Postal*

Signature Required Please See Reverse Side
Firma Requerida. Por Favor mira al Dorso

FEES AND INSURANCE INFORMATION

All fees are payable at the time services are rendered. We accept most major credit cards. Your medical insurance is a contract between you and your insurance carrier and the terms of the contract vary according to the terms of the policy. Final payment for all charges is the patient's responsibility and should it be necessary for this account to be turned over to either an attorney or collection agency for collection, I understand that I will be liable for any charges incurred, including attorney's fees and court costs.

Todos los honorarios por servicio deben ser pagados al recibir el servicio. Aceptamos ciertas tarjetas de credito. Su seguro medico es un contrato entre usted y su compañia de seguro. Pagos por nuestros servicios dependen de los terminos de su poliza. El pago final de todos los cargos es su responsabilidad. Si es necesario tomar accion legal para cobrar esta deuda, usted es responsable de los gastos legales.

We have elected not to carry Medical Malpractice insurance or otherwise demonstrate financial responsibility. However, we agree to satisfy any adverse judgements up to the minimum amounts pursuant to S.458.320 (5) (g). Florida Law imposes penalties against non-insured physicians who fail to satisfy adverse judgements arising from claims of medical malpractice. This notice is pursuant to Florida law.

Hemos elegido no llevar seguro de negligencia medica o no demostrar de otra manera responsabilidad financiera. Sin embargo, acordamos satisfacer cualquier juicio adverso hasta las cantidades minimas conforme a S.458.320 (la ley 5) (g). Florida impone penas contra los medicos de los no-asegurado que no pueden satisfacer los juicios adversos que se presentan de demandas de la negligencia medica. Este aviso esta conforme a la ley de la Florida.

PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT

I hereby authorize payment directly to the physician of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third party payor, for services rendered by the physician. I understand that I am financially responsible to the physician for any and all charges that the carrier declines to pay. I hereby authorize the release of my medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits.

Por la presente autorizo el pago directamente a el medico todos los beneficios derivados del seguro que ampara al paciente y que normalmente yo tendria derecho de percibir. Con mi firma autorizo transferir documentos relacionados a mi tratamiento medico a mi compañia de seguro para procesar mi reclamacion. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos bajo mi seguro medico.

PATIENT'S / GUARANTOR'S SIGNATURE

DATE

Nombre del paciente: _____ Peso _____ Altura _____

Motivo de la visita (brevemente): _____ Nombre del médico de atención primaria: _____

SEGÚN LO SOLICITADO POR SU COMPAÑÍA DE SEGUROS, Seleccione Identidad de género y orientación sexual

	F	Femenino		S	Recto
	M	Masculino		G	Gay
	FTM (en inglés)	Transgénero Masculino / Femenino a Masculino		L	Lesbiana
	MTF	Transgénero Femenino / Masculino a Femenino		B	Bisexual
	G	Genderqueer: Ni exclusivamente masculino ni femenino		O	Otro
	D	Declinado		U	Desconocido
	O	Otro		D	Disminuido

Haz una lista de tus medicamentos actuales:

Por favor, marque con un círculo si tiene alguno de los siguientes:
Presión arterial alta Diabetes Asma Fibromialgia Enfermedad hepática

¿Tiene alguna enfermedad que no esté en la lista anterior? _____

¿Alguna alergia a los medicamentos? Si es así, enumere _____

Historia ginecológica

Número total de embarazos =	¿Cuándo llegaste a la menopausia?
Número de hijos vivos =	¿Eres sexualmente activo?
Número de abortos =	¿Cuál es su método anticonceptivo?
¿Cuándo fue tu última menstruación?	

Fecha de la última prueba de Papanicolaou		□ Normal	□ Anormal
Fecha de la última mamografía		□ Normal	□ Anormal
Fecha de la última densidad ósea		□ Normal	□ Anormal
Fecha de la última colonoscopia		□ Normal	□ Anormal

¿Usted fuma?	□ Sí □ No	En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día?
¿Bebes alcohol?	□ Sí □ No	En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por día?
¿Consumes drogas?	□ Sí □ No	En caso afirmativo, indique

Haga una lista de todas las cirugías a las que se ha sometido en su vida (incluida la cirugía estética): _____

_____

Antecedentes familiares : enumere las enfermedades médicas (hipertensión, diabetes, cáncer (cuello uterino; Uterino; Ovario, Mama, etc.)

Madre	
Padre	
Tía/Tío	
Hermana/Hermano	

Revisión de sistemas: marque con un círculo si **ACTUALMENTE** tiene alguno de los siguientes:

Fiebre	Dolor en las articulaciones	Convulsiones	Sed excesiva	Vómito	Ansiedad
Escalofríos	Hinchazón de las articulaciones	Entumecimiento/hormigueo	Demasiado caliente/demasiado frío	Diarrea	Depresión
Aumento de peso	Infección	Dolores de cabeza	Cansado/Lento	Anemia	Pensamientos suicidas
Secreción del pezón	Fiebre del heno	Sangre en la orina	Asma	Glándulas inflamadas	Ansiedad
Erupción	Alergia a medicamentos	Dolor al orinar	Tos	Coagulación de la sangre	Ninguno
Visión borrosa	Infección de oído	Menstruación abundante	Dificultad para respirar	Dolor en el pecho	
Visión doble	Dolor de garganta	Secreción vaginal	Dolor abdominal	Presión arterial alta	
Pérdida de la visión	Problema de los senos paranasales	Dolor durante las relaciones sexuales	Náuseas	Palpitación	(Formulario de admisión del paciente)

1447Medical Park Blvd., Suite 401
Wellington, FL 33414

Office 561-798-4100
Fax 561-798-4351

Isaac Halfon, M.D., F.A.C.O.G.

Obstetrics & Gynecology

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES

¿Tenemos permiso para dejar información médica (es decir, resultados de exámenes) en el correo de voz o contestador automático de su casa/celular?

_____Yes _____No

¿Tenemos permiso para enviarle un mensaje de texto con su información médica (es decir, los resultados de las pruebas)?

_____Yes _____No

_____ _____

Nombre del paciente en letra de imprenta Fecha

_____ _____

Firma del paciente Fecha

1447Medical Park Blvd., Suite 401
Wellington, FL 33414

Office 561-798-4100
Fax 561-798-4351

Isaac Halfon, M.D., F.A.C.O.G.

WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS
Fellow
American College of Obstetricians and Gynecologists

Obstetrics & Gynecology

Autorización para divulgar información

Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia, como su cónyuge, pareja, padres o hijos, llamen y soliciten los resultados de las pruebas, los procedimientos y la información financiera. Según los requisitos de H.I.P.A.A., no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica, los resultados de cualquier prueba diagnóstica y/o información financiera se divulguen a cualquier miembro de su familia, debe firmar este formulario.

Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos realizado divulgaciones sobre la base de su consentimiento previo.

Autorizo a la oficina de Isaac Halfon, M.D., a divulgar mis registros y cualquier información a las siguientes personas:

1. _____ Relación con el paciente: _____

2. _____ Relación con el paciente: _____

3. _____ Relación con el paciente: _____

4. _____ Relación con el paciente: _____

5. _____ Relación con el paciente: _____

_____ _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Firma del paciente

_____/_____/20_____
La fecha de hoy

ARREGLOS FINANCIEROS Y SEGURO MÉDICO

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Si tiene seguro médico, queremos ayudarlo a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago.

El pago de los servicios vence en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, American Express y Discover. Estaremos encantados de ayudarle a tramitar su formulario de reclamación de seguro para su reembolso. Cualquier solicitud de este tipo debe ir acompañada de un formulario de seguro completado en cada visita. En casos especiales, podemos aceptar la cesión de beneficios de seguro.

Habrá un cargo de $50.00 o el 5% del monto del cheque, lo que sea mayor, agregado al saldo de su cuenta por cheques devueltos sin pagar por su banco. Además, se acumularán intereses para los saldos de más de 30 días al 25% anual y se agregará una tarifa de cobro del 50% a los saldos de las cuentas de más de 90 días. Nos reservamos el derecho de hacer ajustes a estas tarifas en cualquier momento.

También se pueden aplicar cargos a su cuenta por citas perdidas y citas canceladas sin previo aviso con 24 horas de anticipación.

Con gusto discutiremos su tratamiento propuesto y responderemos preguntas relacionadas con su seguro. Sin embargo, debes darte cuenta de que:

1. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato.
2. Si, por alguna razón, su seguro niega servicios, medicamentos o dispositivos médicos, usted será directamente responsable del pago.
3. Nuestras tarifas se encuentran dentro del rango aceptable por la mayoría de las empresas y, por lo tanto, están cubiertas hasta la asignación máxima determinada por cada operador. Esto se aplica solo a las empresas que pagan un porcentaje (como el 50% o el 80%) de "U.C.R." "U.C.R." se define como las tarifas usuales, habituales y razonables para esta región. Por lo tanto, la mayoría de las empresas consideran que nuestras tarifas son habituales, habituales y razonables. Esta declaración no se aplica a las compañías que reembolsan sobre la base de un "cronograma" arbitrario de tarifas, que no tiene relación con el estándar actual y el costo de la atención en esta área.
4. No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán.
5. Cualquier medicamento o servicio proporcionado que no esté cubierto por su seguro es responsabilidad del paciente y se le facturará el saldo correspondiente.

Debemos enfatizar que, como proveedores de atención médica, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Todos los cargos son su responsabilidad a partir de la fecha en que se prestan los servicios. Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, le recomendamos que se comunique con el Gerente de la Oficina de inmediato para obtener ayuda en la administración de su cuenta.

Para nuestros pacientes HMO: **Su compañía de seguros requiere que tenga una referencia para cada visita al Dr. Halfon. (Algunos permiten un chequeo de mujer sana por año sin una referencia). ES <u>SU</u> RESPONSABILIDAD OBTENER SU REFERENCIA ANTES DE SU VISITA CON EL DR. HALFON. SI NO TIENE SU REFERENCIA, SU VISITA TENDRÁ QUE SER REPROGRAMADA (RETRASANDO SU TRATAMIENTO Y ATENCIÓN).**

Las cancelaciones requieren notificación anticipada, de lo contrario, se cobrará una tarifa a su cuenta (consulte el formulario de política de no presentación). Los reembolsos pueden estar sujetos a una tarifa de procesamiento.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior o cualquier incertidumbre con respecto a la cobertura del seguro, POR FAVOR no dude en preguntarnos. Estamos aquí para ayudarte.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/20_____

CESIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, instruyo y ordeno a mi compañía de seguros que pague con cheque emitido y enviado por correo a:

Isaac Halfon MD FACOG 1447 Medical Park Blvd, Suite 401, Wellington, FL 33414

por los beneficios de gastos profesionales o médicos permitidos, y de otro modo pagaderos a mí bajo mi póliza de seguro actual como pago de los cargos totales por los servicios profesionales prestados. ESTA ES UNA CESIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA PÓLIZA. Este pago no excederá mi deuda con el cesionario mencionado anteriormente, y he acordado pagar, de manera actual, cualquier saldo de dichos cargos por servicio profesional por encima de este pago de seguro.

- La fotocopia de esta cesión se considerará tan eficaz y válida como el original.
- Autorizo a Isaac Halfon, M.D., a depositar los cheques recibidos en mi cuenta.
- También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.
- Autorizo al médico a iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros por cualquier motivo en mi nombre.
- Autorizo al Dr. Halfon a facturarme directamente si, por cualquier motivo, mi compañía de seguros no paga cualquier parte de la reclamación.

Si las citas NO se cancelan con anticipación, se aplicará un cargo a su cuenta (consulte el formulario de política de no presentación).

Fechado en Wellington, FL el _____/_____/20_____

_____

Firma del asegurado

_____

Firma del Reclamante si no es el Titular de la Póliza

FORMULARIO DE PREFERENCIA Y AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO DEL PACIENTE

Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento del paciente	
Nombre de la consulta: Oficina del Dr. Isaac Halfon	
Nombre del médico/profesional: Isaac Halfon, M.D.	

PROPÓSITO

Los pagos en exceso de los pacientes se devolverán en un plazo de 30 días una vez que se determine y valide el pago en exceso. Antes de que se pueda emitir un reembolso, cualquier saldo pendiente en tu cuenta (o en la cuenta de tus dependientes cubiertos) debe pagarse primero. Esto garantiza que todos los cargos sean precisos y completamente resueltos.

Este formulario le permite decirnos con antelación cómo desea que gestionemos cualquier pago en exceso una vez que se hayan gestionado todos los saldos pendientes. Puedes actualizar tu preferencia en cualquier momento completando un nuevo formulario y enviándolo a la Consulta.

PREFERENCIA DE REEMBOLSO (selecciona uno)

☐ **Opción #1: Devuelva cualquier pago en exceso**

Prefiero recibir un reembolso por cualquier pago en exceso confirmado después de que se hayan pagado todos los saldos pendientes para mí y mis dependientes. Los reembolsos se emitirán al método de pago original (tarjeta de crédito, pago electrónico o cheque).
Iniciales del paciente: _____

☐ **Opción #2: Dejar crédito en mi cuenta para servicios futuros**

Autorizo a la Consulta a conservar cualquier pago en exceso confirmado como crédito en mi cuenta una vez que se hayan pagado todos los saldos pendientes para mí y mis dependientes. Este crédito puede utilizarse para futuros servicios para mí o mis dependientes, a menos que más adelante solicite un reembolso.
Iniciales del paciente: _____

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Autorizo consciente y voluntariamente a la consulta a gestionar cualquier pago en exceso confirmado de un paciente de acuerdo con la opción que he seleccionado anteriormente. Entiendo que esta autorización se proporciona para mi conveniencia y puede ser de fiar en ella por la Práctica a menos que cambie o revoque completando un nuevo formulario. Reconozco y afirmo que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y mis opciones de reembolso.

Firma del paciente	
Nombre del paciente	
Fecha	

1447 Medical Park Blvd., Suite 401
Wellington, FL 33414

Office 561-798-4100
Fax 561-798-4351

Isaac Halfon, M.D., F.A.C.O.G.

Obstetrics & Gynecology

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL LABORATORIO

Durante su visita, el Dr. Halfon puede considerar aconsejable recolectar muestras (prueba de Papanicolaou, biopsia, cultivo, análisis de sangre, etcétera) para diagnosticarlo y tratarlo adecuadamente.

Su firma a continuación (paciente y/o tutor) da permiso a la Oficina de Isaac Halfon, M.D. para recolectar dichas muestras y enviarlas al laboratorio para su análisis. Al final de su visita, asegúrese de comprender qué muestras se envían al laboratorio en su nombre (prueba de Papanicolaou, pruebas de ETS, análisis de sangre, etcetera).

Es posible que reciba una factura del laboratorio. Se espera que conozca los valores de su seguro
laboratorio preferido y a proporcionar esta información al asistente médico en su visita.

Usted entiende que la Oficina de Isaac Halfon, M.D. y las corporaciones de laboratorios (incluyendo,
pero no limitado a, LabCorp, Quest, Invitae, Medipath, Myriad Genetics, etcétera). son entidades separadas y, por lo tanto, facturan por separado los servicios prestados.

La oficina de Isaac Halfon, M.D. no será financieramente responsable de los servicios facturados por los laboratorios.

Se recomienda que se comunique con su proveedor de seguros y/o con el laboratorio directamente si surgen preguntas o inquietudes con respecto a la facturación de las muestras de laboratorio.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha:_____

1447Medical Park Blvd., Suite 401
Wellington, FL 33414

Office 561-798-4100
Fax 561-798-4351

Isaac Halfon, M.D., F.A.C.O.G.



Obstetrics & Gynecology

POLÍTICA DE NO SHOW

Estimado paciente,

Entendemos que a veces puede necesitar reprogramar citas. Cuando programemos su cita, comprenda que estamos reservando tiempo para que vea a un proveedor.

Esta cortesía permite brindarle el mejor servicio posible.

Si necesita reprogramar su cita, llame a nuestra oficina lo antes posible o con al menos 24 horas de anticipación.

Si simplemente no se presenta a su cita programada, se le cobrarán las siguientes tarifas:

1.	$ 25.00	No show para una visita al consultorio
2.	$ 50.00	No se presentó para una visita de ultrasonido
3.	$100.00	No presentarse a una visita de terapia del suelo pélvico
4.	$200.00	No se presentó para un procedimiento en la oficina

Todo lo que se necesita para evitar una tarifa por no presentarse es comunicarse con nuestra oficina con un mínimo de 24 horas de anticipación.

Le agradecemos su confianza al elegir nuestra oficina para sus necesidades médicas.

_____

Imprimir Nombre del Paciente / Fecha

_____

Firma del paciente

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

https://www.toplinemd.com/practice-terms-policies/

RECONOCIMIENTO DE AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) me otorga ciertos derechos con respecto a la privacidad de mi información médica protegida. Reconozco que se me ha proporcionado acceso al Aviso de Prácticas de Privacidad a través de un código QR y/o un enlace al sitio web, y que se me ha dado la oportunidad de revisarlo. Entiendo que la práctica puede actualizar su Aviso de Prácticas de Privacidad periódicamente y que puedo acceder a la versión más actual utilizando el código QR y/o el enlace al sitio web.

Firma del Paciente: _____

Nombre del paciente o tutor legal (en letra imprenta): _____

Fecha: _____

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: _____

AVISO DE SEGURO POR NEGLIGENCIA

Estimados pacientes,

Por ley, todos los médicos que ejercen en el estado de Florida deben notificar a sus pacientes si NO tienen seguro por negligencia médica. El seguro de mala praxis para obstetras y ginecólogos no es asequible y es difícil de obtener. Por esta razón, yo y la mayoría de los otros obstetras y ginecólogos en este estado, hemos optado por NO tener un seguro por negligencia. Le proporcionaré la más alta calidad de atención médica. Gracias por elegir nuestra oficina para sus necesidades médicas.

A continuación se muestra una copia del estatuto oficial del estado S.458.320 (5) (g) 5 publicado en la oficina:

"Según la ley de Florida, los médicos generalmente deben tener un seguro de negligencia médica o demostrar responsabilidad financiera para cubrir posibles reclamos por negligencia médica. SU MÉDICO HA DECIDIDO NO TENER SEGURO POR NEGLIGENCIA MÉDICA. Esto está permitido por la ley sujeto a ciertas condiciones. La ley impone sanciones contra los médicos no asegurados que no satisfacen los juicios adversos que surgen de reclamos de negligencia médica. Este aviso se proporciona de conformidad con la ley"FloridaFloridaFlorida

Gracias.

Isaac Halfon, M.D., F.A.C.O.G.

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta), he leído y entendido el aviso de seguro por negligencia antes mencionado.

_____ (firme con su nombre y fecha)

1447 Medical Park Blvd., Suite 401
Wellington, FL 33414

Office 561-798-4100
Fax 561-798-4351

Isaac Halfon, M.D., F.A.C.O.G.

Obstetricia y Ginecología

NUEVA LEY ESTATAL A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2020

El gobernador DeSantis firmó recientemente la ley un requisito de que las mujeres deben dar su consentimiento, por escrito, a un examen pélvico antes de ser examinadas.

Por lo tanto, a partir del 1dejulio, pediremos a todos los pacientes que firmen un consentimiento para un examen pélvico cada vez que se hagan un examen o procedimiento.

Nos disculpamos de antemano por cualquier inconveniente, pero este es un requisito de la ley en el estado de Florida y debemos cumplir con esta nueva legislación.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EXAMENES COMPLETOS CON PELVIS Y/O RECTO

Entiendo el procedimiento planeado y doy mi consentimiento a un examen físico médicamente indicado que puede incluir, pero no puede limitarse a lo siguiente:

(X) Un examen ginecológico femenino que puede incluir un examen rectal y/o un examen pélvico
(X) Otros procedimientos como se indica _____
(X) Examen de los genitales externos
(X) Un examen por ultrasonido que puede incluir una sonda colocada en la vagina
(X) Terapia de suelo pélvico que puede incluir una sonda colocada en la vagina y/o el recto

Este examen será realizado por cualquier proveedor en la oficina de Isaac Halfon, M.D., LLC.

El consentimiento permanecerá activo hasta que retire mi consentimiento por escrito.

_____
Imprima el nombre del paciente o el representante del paciente si es menor de 18 años

_____
Firma del Paciente o Representante del Paciente si es menor de 18 años

Fecha _____

E-mail Consent & Acknowledgment Form

A lo largo de este formulario de consentimiento, se hará referencia a la LLC y a sus miembros del personal como "Proveedor".

RIESGO DE USAR EL 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 una serie de riesgos que los pacientes deben tener en cuenta antes de utilizar la comunicación por correo electrónico. Estos incluyen, entre otros, los siguientes riesgos:

- Los correos electrónicos pueden circular, reenviarse y almacenarse en numerosos archivos en papel y electrónicos.
- Los correos electrónicos pueden transmitirse inmediatamente a todo el mundo y ser recibidos por destinatarios no deseados.
- Los remitentes de correo electrónico pueden escribir fácilmente la dirección de correo electrónico incorrecta.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar documentos escritos a mano o firmados.
- Las copias de seguridad del correo electrónico pueden existir incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos transmitidos a través de su sistema.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección.
- El correo electrónico puede ser utilizado para introducir virus en el sistema informático.
- El correo electrónico puede ser utilizado como prueba en los tribunales.

CONDICIONES PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO:

El Proveedor utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, el Proveedor no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico, y no será responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por una mala conducta intencional del Proveedor. Por lo tanto, los pacientes deben consentir el uso del correo electrónico para su información. El consentimiento para el uso del correo electrónico incluye la aceptación de las siguientes condiciones.

- Todos los correos electrónicos enviados o recibidos por el paciente en relación con el diagnóstico o el tratamiento se imprimirán y formarán parte de la historia clínica del paciente. Debido a que son parte de la historia clínica, otras personas autorizadas para acceder a la historia clínica tendrán acceso a esos correos electrónicos.
- El Proveedor puede reenviar correos electrónicos internamente al personal y al agente del Proveedor necesarios para el diagnóstico, el tratamiento, el reembolso y otro manejo. Sin embargo, el Proveedor no reenviará correos electrónicos a terceros independientes sin el consentimiento previo por escrito del paciente, excepto según lo autorice o exija la ley.
- El paciente es responsable de proteger su contraseña u otro medio de acceso al correo electrónico. El proveedor no se hace responsable de las violaciones de la confidencialidad causadas por el paciente o cualquier tercero.
- El proveedor no participará en comunicaciones por correo electrónico que sean ilegales, como la práctica ilegal de la medicina a través de las fronteras estatales.
- Es responsabilidad del paciente hacer un seguimiento y/o programar una cita.

RESPONSABILIDADES E INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE:

- Para comunicarse por correo electrónico, el paciente deberá:
- Limite o evite el uso de la computadora de su empleador.
- Informar al Proveedor de los cambios en su dirección de correo electrónico.
- Confirme que ha recibido y leído el correo electrónico del Proveedor.

E-mail Consent & Acknowledgment Form

- Ponga el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- Incluya la categoría de la comunicación en el asunto del correo electrónico, con fines de enrutamiento (por ejemplo, facturación y preguntas).
- Tome precauciones para preservar la confidencialidad del correo electrónico, como el uso de protectores de pantalla y la protección de la contraseña de su computadora.
- Retirar el consentimiento solo por correo electrónico o comunicación escrita al Proveedor.

TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

El Proveedor tendrá derecho a terminar inmediatamente la relación de correo electrónico con usted si se determina, a su entera discreción, que usted ha violado los términos y condiciones establecidos anteriormente o ha incumplido este acuerdo, o ha participado en una conducta que el Proveedor determina que es inaceptable.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

He hablado con el Proveedor o su representante y reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Comprendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico entre el Proveedor y yo, y acepto las condiciones aquí expuestas. Acepto las instrucciones descritas en este documento, así como cualquier otra instrucción que mi proveedor pueda imponer para comunicarme con los pacientes por correo electrónico. Cualquier pregunta que pudiera haber tenido fue respondida.

MANTENER INDEMNE A LOS DEMÁS

Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Proveedor y a sus fideicomisarios, funcionarios, directores, empleados, agentes, proveedores y proveedores de información, y diseñadores y mantenedores de sitios web de y contra todas las pérdidas, gastos, daños y costos, incluidos los honorarios razonables de abogados, relacionados con o que surjan de cualquier pérdida de información debido a fallas técnicas, mi uso de Internet para comunicarme con el Proveedor, y cualquier incumplimiento por mi parte de estas restricciones y condiciones.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) : _____

Firma del paciente : _____ Fecha : _____

Correo electrónico del paciente:

_____

Formulario de consentimiento informado de telemedicina

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas seguras, tecnología de la información u otros medios para permitir que un proveedor de atención médica en un lugar y un paciente en otro lugar compartan información clínica individual del paciente con el fin de consultar, diagnosticar, tratar, recetar y/o derivar al paciente a la atención en persona, según se determine clínicamente apropiado. Este "Consentimiento informado de telesalud" informa al paciente ("paciente", "usted" o "su") sobre los métodos de tratamiento, los riesgos y las limitaciones del uso de una plataforma de telesalud.

Servicios prestados:

Los servicios de telesalud ofrecidos por Isaac Halfon, M.D., LLC (**"Práctica"**) y los proveedores contratados de la Práctica (nuestros **"Proveedores"** o su **"Proveedor"**) pueden incluir una consulta del paciente, diagnóstico, recomendación de tratamiento, receta y/o una derivación a atención en persona, según se determine clínicamente apropiado (los **"Servicios""**). Su Proveedor tendrá licencia en el estado donde se encuentre en el momento de su consulta, o cumplirá con una excepción de licencia profesional según la ley estatal aplicable.

Transmisiones electrónicas:

Los tipos de transmisiones electrónicas que pueden ocurrir utilizando la plataforma de telesalud incluyen, entre otros:

1. Programación de citas
2. Cumplimentación de formularios de admisión médica
3. Intercambio y revisión de formularios de admisión médica de pacientes, registros de salud de pacientes, imágenes, resultados de pruebas diagnósticas y/o de laboratorio a través de comunicaciones asincrónicas
4. Audio interactivo bidireccional en combinación con comunicaciones de almacenamiento y reenvío entre usted y su proveedor
5. Interacción interactiva bidireccional de audio y video entre usted y su proveedor
6. Revisión y recomendaciones de tratamiento por parte de su proveedor en función de los datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video
7. Entrega de un informe de consulta; y/u otras transmisiones electrónicas con el fin de brindarle atención clínica

Beneficios esperados:

1. Mejor acceso a la atención al permitirle permanecer en su ubicación preferida mientras su proveedor consulta con usted. Nuestros servicios de telesalud están disponibles durante el horario de oficina.
2. Fácil acceso para la atención de seguimiento. Si necesita recibir atención de seguimiento que no sea de emergencia relacionada con su tratamiento, comuníquese con su proveedor llamando al 561-798-4100 o use su cuenta del portal del paciente para enviar un correo electrónico a la oficina.
3. Evaluación y gestión de la atención más eficiente.

Service limitations:

1. La principal diferencia entre la telemedicina y la prestación directa de servicios en persona es la imposibilidad de tener contacto físico directo con el paciente. En consecuencia, es posible que algunas necesidades clínicas no sean apropiadas para una visita de telesalud y su proveedor tomará esa determinación.
2. **NUESTROS PROVEEDORES NO ATIENDEN EMERGENCIAS MÉDICAS. SI CREE QUE ESTÁ EXPERIMENTANDO UNA EMERGENCIA MÉDICA, DEBE MARCAR EL 9-1-1 Y/O IR A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA. POR FAVOR, NO INTENTE PONERSE EN CONTACTO CON ISAAC HALFON, M.D., LLC O CON SU PROVEEDOR. DESPUÉS DE RECIBIR TRATAMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA, DEBE VISITAR A SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA LOCAL.**
3. Si se determina durante la evaluación inicial de la visita de telesalud que debe ser atendido en persona, ya sea en el consultorio de su proveedor o en un centro recomendado, no se le cobrará por la visita de telesalud. Al comienzo de la visita de telesalud, se le harán las preguntas de emergencia adecuadas que determinarán cuál será el mejor lugar para recibir atención.

Medidas de seguridad:

Los sistemas de comunicación electrónica que utilizamos incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imagen del paciente, e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Todos los Servicios prestados al paciente a través de la telemedicina se prestarán a través de una conexión segura que cumpla con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA").

Posibles riesgos:

1. Los retrasos en la evaluación y el tratamiento pueden ocurrir debido a deficiencias o fallas de los equipos y tecnologías, o a la disponibilidad del proveedor.
2. En caso de incapacidad para comunicarse como resultado de una falla tecnológica o de equipo, comuníquese con la Práctica al 561-798-4100.
3. La calidad de los datos transmitidos puede afectar a la calidad de los servicios prestados por su Proveedor. Los cambios en el entorno y las condiciones de las pruebas podrían ser imposibles de realizar durante la prestación de servicios de telesalud.
4. En raras ocasiones, su proveedor puede determinar que la información transmitida es de calidad inadecuada, lo que requiere una consulta de telesalud reprogramada o una reunión en persona con su médico de atención primaria local.
5. En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal.
6. En raras ocasiones, la falta de acceso a los registros médicos completos puede dar lugar a interacciones adversas con otros medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de juicio clínico.

Agradecimientos a los pacientes:

Al marcar la casilla asociada con "Consentimiento informado de telesalud", usted reconoce que comprende y acepta el contenido anterior y, además, está de acuerdo con lo siguiente:

- Entiendo que si tengo una emergencia médica, se me indicará que marque el 9-1-1 de inmediato y que nuestros proveedores no pueden conectarme directamente con ningún servicio de emergencia local.
- Reconozco que se me ha dado la oportunidad de seleccionar un proveedor; O bien, he elegido consultar con el próximo proveedor disponible. Reconozco que antes de la consulta, me han dado las credenciales del proveedor.
- Entiendo que existe el riesgo de fallas técnicas durante el encuentro de telesalud más allá del control de la Práctica. Acepto eximir de responsabilidad a la Práctica por retrasos en la evaluación o por la pérdida de información debido a dichos fallos técnicos.
- Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Entiendo que puedo suspender o cancelar el uso de los servicios de telesalud en cualquier momento por cualquier motivo o sin motivo alguno.
- Entiendo que tengo a mi disposición alternativas a la consulta de telesalud, como los servicios en persona, y al elegir participar en una consulta de telesalud, entiendo que algunas partes de los Servicios que involucran pruebas (por ejemplo, laboratorios o análisis de sangre) pueden ser realizadas por personas en mi ubicación, o en un centro de pruebas, bajo la dirección de nuestros Proveedores.
- Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telesalud en mi atención, pero que no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.
- Entiendo que es necesario proporcionar un historial médico completo y preciso y actualizaré mis registros médicos periódicamente, pero no menos de una vez al año.
- Entiendo que puede haber personas presentes durante la consulta que no sean mi proveedor para operar las tecnologías de telesalud. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y de su función, por lo que tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico/examen que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedir al personal no médico que abandone el examen de telesalud; y/o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.
- Entiendo que tengo derecho a oponerme a la grabación en video de la consulta de telesalud.
- Entiendo que no hay garantía de que seré tratado por nuestros Proveedores. Nuestros Proveedores se reservan el derecho de denegar la atención por un posible uso indebido de los Servicios o por cualquier otro motivo si, a juicio profesional de nuestros Proveedores, la prestación del Servicio no es médica o éticamente apropiada.
- Entiendo que no me recetarán ningún narcótico para el dolor, ni hay ninguna garantía de que me darán una receta.
- Entiendo que las leyes federales y estatales requieren que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y la seguridad de la información médica. Entiendo que Practice tomará medidas para asegurarse de que mi información de salud no sea vista por nadie que no debería verla. Entiendo que la telesalud puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales de la salud contratados por Practice que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
- Entiendo que si participo en una consulta, tengo derecho a solicitar una copia de mis registros médicos y/o informe de consulta, que se me proporcionará a un costo razonable de preparación, envío y entrega.
- Entiendo que es posible que me pregunten si tengo un médico de atención primaria y, de ser así, si doy mi consentimiento para enviar una copia de mis registros médicos y/o informe de consulta a mi médico de

atención primaria. Con mi consentimiento, Practice will send copy of my medical records and/or Informe de consulta a mi médico de atención primaria, que se me facturará a un costo razonable de preparación, envío y entrega.

- Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación.
- Entiendo que es posible que no esté cubierto por mi plan de seguro de salud actual para los servicios de telesalud.

Consentimiento informado del paciente

He leído detenidamente este formulario y comprendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud. Por la presente, doy mi consentimiento informado para participar en una consulta de telesalud bajo los términos descritos en este documento. Al marcar la casilla asociada con "Consentimiento informado de telesalud", reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior y, por la presente, doy mi consentimiento para recibir los servicios de telesalud de Practice:

☐ **ACEPTAR.** Al marcar la casilla de este **"CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD"**, declaro que he leído, entendido y acepto los términos de este documento.

Nombre del paciente	Nombre del padre/tutor legal
Firma del paciente	Nombre del padre/tutor legal
Fecha	Fecha