

Nephrology Associates of Sarasota

Formulario de Registracion (Por favor imprima)

Nombre: _____ Iniciales 2do Nombre: _____ Apellido: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Social Security #: ____ - ____ Genero (marque con circulo): Masculino
o Femenino

Telefono(casa): _____

Telefono (trabajo): _____

__OK para dejar mensaje con información detallada.

__OK para dejar mensaje con información detallada.

Telefono celular: _____

__OK para dejar mensaje con información detallada.

__Dejar solo numero de contacto de la oficina.

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma de preferencia: _____

Estado marital (circule uno): Soltero/Casado/Viudo

Empleado (circule uno) None/Retirado/Full-time/Part-time

Contacto de Emergencia: _____

Telefono #: _____ Relacion: _____

Seguro Primario

Nombre: _____

Nombre del asegurado: _____

Plan de Seguro ID # _____

Plan de Seguro Group# _____

(Si es disponible)

Seguro secundario.

Nombre: _____

Nombre del asegurado: _____

Plan de Seguro ID# _____

Plan de Seguro Group# _____

(Si es disponible)

Es usted el principal responsable en el seguro anterior?

SI / NO

Si no, por favor complete lo siguiente:

Esposo(a)/Nombre del Padre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Es usted el principal responsable en el seguro anterior?

SI / NO

Si no, por favor complete lo siguiente:

Esposo(a)/Nombre del Padre: _____

Fecha de Nacimiento/ ____ / ____ / ____

* Los copagos y los saldos vencen al momento del servicio. Solo facturaremos a dos compañías de seguros contratadas; sin embargo, usted es el responsable final de todos los cargos, ya sea que la compañía de seguros haya pagado su reclamo o no. Aceptamos cheques, efectivo y la mayoría de tarjetas de crédito. Por la presente autorizo a Nephrology Associates of Sarasota y al personal a divulgar mi información de salud individualmente identificable a la (s) aseguradora (s) para divulgar mi información médica para obtener el pago al médico por los servicios prestados y permitir que las aseguradoras procesen las reclamaciones. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Paciente, Guardian y/o Firma del Asegurado: _____ Fecha: _____

Nephrology Associates of Sarasota

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente. o Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones de salud normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Reconozco que he recibido su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones. (Por favor mire en el tablero o en la carpeta para obtener una copia de HIPAA)

En ocasiones, puede ser necesario divulgar información clínica a médicos externos a los que se le haya remitido para ayudar en la coordinación de su atención. No divulgaremos su información a terceros.

Designación de ciertos familiares, amigos cercanos y otros cuidadores como mi representante personal:

Estoy de acuerdo en que la práctica puede divulgar ciertas partes de mi información médica a un Representante personal de mi elección, ya que dicha persona está involucrada con mi atención médica o con el pago relacionado con mi atención médica.

En ese caso, el consultorio médico divulgará solo información que sea directamente relevante para la participación de la persona en mi atención médica o el pago relacionado con mi salud.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Las siguientes personas no están autorizadas a recibir mi Información de salud del paciente (PHI):

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre del Paciente: _____

Relación con el paciente, si no con uno mismo: _____

Nombre: _____

Estatura: _____ Peso: _____

¿Tienes diabetes? SI o NO Si respondio SI: Tipo I o Tipo II Controlada por: Insulina/Medicación Oral/Dieta

¿Tiene la presión arterial alta? SI o NO Por cuantos años: _____

Condiciones médicas actuales o enfermedades pasadas: _____

Sirugias pasadas _____

¿Ha tenido alguna transfusión de sangre? SI o NO Fecha _____

Enumere los problemas renales / urinarios pasados y presentes

¿Tiene dificultad para respirar? _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA: _____
(Incluya la dosis)

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO / VITAMINAS QUE TOMA _____

Fecha de la última vacuna contra la influenza _____ Fecha de la última vacuna antineumocócica _____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Por favor enumere: _____

¿Es alérgico al látex, adhesivo, yodo, etc.? Por favor enumere: _____

Family Medical History

¿Tu padre biologico vive? Si _____ No _____ ¿Cuándo murió? _____

¿Tu madre biologica vive? Si _____ No _____ ¿Cuándo murió? _____

¿Tu padre Biológico tiene ha padecido de DIABETES/ENFERMEAD DEL CORAZON/CANCER/HIPERTENSION?

¿Tu madre Biológica tiene ha padecido de DIABETES/ENFERMEAD DEL CORAZON/CANCER/HIPERTENSION?

¿Tus hermanos Biológicos tiene ha padecido de DIABETES/ENFERMEAD DEL CORAZON/CANCER/HIPERTENSION?

¿Cuántos hermanos? _____ ¿Cuántas hermanas? _____ Hijos: _____ Hijas: _____

Historia Social

¿Fumas? _____ Si _____ No _____ Si fumas ¿Cuántos cigarrillos al día? _____
Si no ¿A fumado en el pasado? No _____ Si _____ ¿Cuándo lo dejo?

¿Toma alcohol? No _____

Si _____ ¿Cuanto consume? 1- 2 por día / 2 o mas / 1-2 por semana/ mensual / pocas veces en el año

¿Toma café/cafeína a diario? No _____, Si _____ ¿Cuántas copas diarias?

Doctor primario (Nombre y apellido): _____ Telefono _____

Laboratorio preferido para enviar ordenes: LABCORP / QUEST /SARASOTA MEMORIAL Otro _____
(por favor circule uno)

Farmacia de preferencia _____ Telefono# _____

Direccion _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre _____