



Joe Garri, MD, DMD
Rafael Alcalde, DDS, PhD
Ramiro Perez, MD
Osbel Borges, DMD
Juan Carlos Portuondo, DDS



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

Sexo: M / F Estado Civil: S / M / W / D

Licencia de conducir ##: _____ Seguro Social #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono #: _____ Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Persona Financieramente Responsable (si no es el paciente):

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono #: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono #: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Medical Seguro: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Suscriptor Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Dental Seguro: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Suscriptor Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

REFERIDO POR: _____ Teléfono # _____

El que abajo suscribe, por este medio acepto el cuidado y el tratamiento ahora y en el futuro. En caso de que a mi compañía de seguros le sea enviada la factura, autorizo el pago de los beneficios médicos a los médicos o a los suplentes por los servicios prestados. Si a mi compañía de seguros no se le envía la factura o si esta no paga los servicios. Comprendo que soy responsable del pago de los cargos por los servicios prestados. Autorizo a que se releve cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo del seguro.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____



HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y serán considerados confidenciales.

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún cambio en tu salud en los últimos años? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido la enfermedad reumática de corazón? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Válvula coronaria dañada, válvula artificial o soplo en el corazón? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Problemas en el corazón, ataque en el corazón, angina, presión alta, apoplejía, arteriosclerosis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dolor de pecho o falta de aire con esfuerzo moderado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Diabetes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Lung disease, asthma, bronchitis, emphysema? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Enfermedad en los riñones, asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desfallecimientos o espasmos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Enfermedad del hígado, hepatitis, ictericia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Problemas de tiroides? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Úlcera estomacal o hiperacidez? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Espasmos, apoplejía, desfallecimientos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Problemas del riñón, piedras, infecciones urinarias? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Enfermedad en la sangre, anemia, sangramiento anormal, transfusiones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Inflamación persistente de las glándulas del cuello? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez has sido tratado por el desarrollo de un tumor? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna historia de cáncer? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tomas alcohol regularmente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fumas? |
| | | ¿Si fumaste alguna vez, ¿cuándo lo dejaste? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tomado alguna vez pastillas para bajar de peso (dieta)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma medicamentos para la osteoporosis (bisfosfnatos)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desea hablar con el médico en privado sobre cualquier tema? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes alguna alergia? |

MUJERES:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estas embarazada o tratando de estarlo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes problemas asociados a tu ciclo menstrual? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás lactando? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? |

Cuántos: Embarazos _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____



HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Médico Primario: _____ Teléfono #: _____

Altura: _____ Peso: _____ BMI: _____

Condiciones médicas: _____

Operaciones anteriores y fecha: _____

Enumere los medicamentos a los que es alérgico o que le provocan reacción: _____

Enumere los medicamentos actuales y las dosis: _____

Información adicional que desea que el Doctor sepa: _____

(INICIAL) Certifico que he leído y entendido lo arriba escrito. Acepto que mis preguntas, si tengo, sobre el cuestionario anterior han sido contestadas para mi satisfacción. Yo no responsabilizaré mi doctor, o a cualquier miembro del personal responsable por ningún error u omisión que yo pueda haber hecho en el completamiento de este modelo.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

Comments:

Physician Signature: _____ Date: _____



HIPAA-MOSA SURGERY

Joe Garri, MD, DMD
Rafael Alcalde, DDS, PhD
Ramiro Perez, MD
Osbel Borges, DMD
Juan Carlos Portuondo, DDS

**Formulario Para La Confirmacion Por Escrito
De Haber Recibido Aviso De Las Practicas De Privacidad.**

Yo, _____, he revisado/recibido una copia del Aviso
(Imprimir nombre completo aquí)
De las Practicas de Privacidad de MOSA

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

I attempted to obtain the patient’s signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement but was unable to do so as documented below:

Reason: _____ Date: _____ Initials: _____



MODELO DE CONSENTIMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

En relación con los servicios médicos que estoy recibiendo, por este medio autorizo la revelación de mi información y registros médicos, incluyendo copias del hospital pertinente y registro médico a:

- A. Cualquier tercero que pague los servicios médicos del paciente
- B. Otro profesional de la asistencia médica e instituciones involucradas en llevar asistencia médica al paciente
- C. El defensor de cualquier comparecencia legal, o responsable ante una orden de la corte
- D. Empleados y agentes de la consulta, al punto necesario de facilitar la suministro de los servicios médicos y pago por tales servicios
- E. Farmacias
- F. A otros que la ley lo requiera

Acepto que se tomen fotos de mi cuerpo o parte del, bajo las siguientes condiciones:

- A. Las fotos se pueden tomar bajo el consentimiento del médico y solo bajo las condiciones y en el momento aprobado por el mismo.
- B. Las fotos deben ser tomadas por el médico o por una persona aprobada por el médico
- C. Las fotos podrán ser usadas para registros médicos y si en la opinión de mi médico, las investigaciones médicas, la educación o la ciencia se beneficiarán con su uso, esta fotos e información relacionadas con mi caso pueden ser publicadas y reeditadas, separadamente o en conexión unas con las otras solo para intereses en la educación médica, aprendizaje, o investigación, proporcionado que se entiende perfectamente que en cualquiera de estas publicaciones o usos yo no debo ser identificado por mi nombre y siempre y cuando se toman las medidas pertinentes para preservar mi identidad.
- D. Las fotos antes mencionadas pueden ser modificadas o retocadas de cualquier modo que mi médico, bajo su dirección, considere deseable.

Respecto a los arreglos financieros:

Nosotros felizmente discutiremos tu tratamiento propuesto y responderemos cualquier pregunta relacionada con tu seguro.

De todas formas debes tener en cuenta que:

- A. Tu seguro es un contrato entre tú, tu empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos una parte de ese contrato.
- B. No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguro seleccionan arbitrariamente algunos servicios que no cubren.
- C. Debemos enfatizar como proveedores de asistencia médica que, nuestra relación es contigo y no con tu compañía de seguros. Al mismo tiempo que la catalogación de las reclamaciones de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que los servicios son suministrados. Sabemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual de tu cuenta. Si estos problemas ascienden, te aconsejamos que nos contactes de inmediato para la asistencia en el manejo de tu cuenta.

Todos los pacientes deben firmar abajo:

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente o tutor: _____



MALPRACTICE INSURANCE

ES IMPORTANTE BAJO LA LEY DEL ESTATUTO DE LA FLORIDA 458.320, QUE ESTE DOCUMENTO SEA LEIDO POR EL PACIENTE, YA QUE ESTOS SON SUS DERECHOS BAJO LA LEY ESTATAL DE LA FLORIDA 458.320

Estimado Paciente:

Bajo el Estatuto de la ley de la Florida (458.320 F.S.), a los médicos se le requiere que tengan seguro de negligencia médico o que demuestren tener responsabilidad financiera para cubrir las posibles reclamaciones por negligencia médica, SU MEDICO HA DECIDO NO TENER SEGURO DE NEGLIGENCIA MEDICA. Esto es permitido bajo la ley del estado de la Florida (458.320 F.S.) sujeto a ciertas condiciones. Las leyes de la Florida contemplan penalidad a los médicos que no tienen seguro si no cumplen con las sentencias adversas que provienen de reclamaciones por negligencia médica. Este aviso se suministra de acuerdo con el estatuto de la ley de la Florida (458.320 F.S.).

Este documento se DEBE FIRMAR Y DEBE SER PRESENCIADO antes que usted inicie o continúe abajo el cuidado de Jose I Garri MD, DMD, Ramiro Perez MD, Rafael Alcalde DDS, Osbel Borges DMD, Juan Carlos Portuondo, DDS.

Agradecimiento,

Nota: ningún tratamiento puede ser proporcionado por Jose I Garri MD, DMD, Ramiro Perez MD, Rafael Alcalde DDS, Osbel Borges DMD, Juan Carlos Portuondo, DDS. amén que esta forma se haya leído y firmado. Esta forma se proporciona para proteger sus derechos bajo el Estatuto de la Florida 458.320.

Yo, _____, he leído este documento Y reconozco y entiendo su contenido.
[IMPRIMA el NOMBRE REPLETO AQUI]

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

COPY OF STATUTE PROVIDED ON REQUEST OR SIGNS CONCERNING THE FLORIDA STATUTE LAW 458.320 ARE POSTED IN OUR OFFICE .

SOLO PARA USO DE OFICINA

Witness: _____ Date: _____