



Formulario de Registracion

Informacion del Paciente Por favor Complete el Formulario	Nombre _____ Fecha _____
	Direccion _____
	Ciudad, Estado, Codigo Postal _____
	Direccion fuera del Estado _____
	Telefono Casa _____ Celular _____ Trabajo _____
	Correo electronico _____
	Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
	Estado Civil _____ No. de Seguro Social _____ Nombre de Espos/a _____
Nombre y Direccion del Empleador _____	
Telefono del Empleador _____ Ocupacion _____	
Pariente o Persona a cargo del Menor	Nombre del Padre _____
	Nombre de la Madre _____
Raza	<input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Americano/Africano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otras Razas <input type="checkbox"/> No Desea Reportar <input type="checkbox"/>
Lenguaje	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Desea Reportar <input type="checkbox"/> / Ingles <input type="checkbox"/> Spañol <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Direccion Fuera del Estado de la Florida (Si Tiene)	Direccion _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ Telefonos _____
Contacto en caso de Emergencia	Nombre _____ Relacion _____ Direccion _____ Telefonos _____
Persona Responsable por el Pago (Complete esta seccion si la persona responsable del pago es diferente al paciente)	Nombre _____ Telefono Casa _____ Direccion _____ Relacion con el Paciente _____ Nombre Y Direccion del Empleador _____ Telefono del Empleador _____ Ocupacion _____ No. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Referido Por Como escucho de nosotros?	Medico <input type="checkbox"/> Familiar o Amigo <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Directorio de Seguro/Web <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Informacion del Seguro Medico (Proveer copias de las tarjetas)	Nombre del Asegurado _____ Relacion con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ Seguro Primario - Empleador _____ Telefono del Seguro _____ Nombre y Direccion de la Compania _____ No. de Poliza _____ No. de Grupo _____ Nombre del Seguro Secundario _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ No. Poliza _____ Group No _____ Fecha de Comienzo _____ Telefono del Seguro _____
Yo autorizo a mi seguro medico a pagar por beneficios directamente a Healthcare America Medical Group. Tengo conocimiento que sere totalmente responsable por pagos de servicios no cubiertos por mi seguro medico, o por pagos del seguro medico enviados a mi Yo autorizo a liberar mis archivos medicos a el seguro medico, a otros Doctores, y/o a mi abogado o representante en respuesta a una citacion.	
Firma del Paciente o Persona Responsable _____ Fecha _____	



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Con mi consentimiento, HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP, puede utilizar y divulgar mi información de salud protegida, o **PHI** (siglas en Ingles para –Protected Health Information) para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, o **TPO** (siglas en Ingles para Treatment, Payment, Operations).

Tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

- Por favor consulte el aviso de prácticas de privacidad de HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP para obtener una descripción más completa de tales usos de divulgaciones -

HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP, se reserva el derecho de revisar su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de buenas prácticas de privacidad puede obtenerse enviando una solicitud por escrito a HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP atención (Privacy Officer) a la oficina de 3501 Cortez Road West, Bradenton, FL 34210.

Con mi consentimiento, HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP, puede llamar a mi casa o cualquier lugar designado y dejar un mensaje de correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayuden a la práctica en la realización de **TPO**, tales como recordatorios de citas, elementos relacionados con los seguros y cualquier llamada relacionada a mi clínica, incluyendo resultados de pruebas de laboratorio y demás.

Con mi consentimiento, HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP, puede enviar por correo a mi casa o cualquier lugar designado en referencia a los elementos que ayuden a la práctica en la realización de **TPO**, tales como tarjeta de citas, estado de cuentas, siempre que estos estén marcados como **Personal** y/o **Confidencial** o (**Confidential**).

Con mi consentimiento, HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP, puede enviar por correo electrónico a mi casa o cualquier lugar designado en referencia a los elementos que ayuden a la práctica en la realización de **TPO**, tales como tarjeta de citas, estado de cuentas. Tengo el derecho de solicitar a HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP de restringir la forma en que usa o divulga mi **PHI** para llevar a cabo **TPO**. Sin embargo, la practica no tiene obligación a estar de acuerdo con mis restricciones, pero si lo hace esta obligada a respetar el acuerdo.

Al firmar este consentimiento, estoy autorizando a HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP a usar y divulgar mi **PHI** para llevar a cabo **TPO**.

Tengo el derecho a revocar mi consentimiento por escrito, excepto que la practica ya haya divulgado mi información basada en mi previo consentimiento. Puedo negarme a firmar este consentimiento, en ese caso HEALTHCARE AMERICA MEDICAL GROUP puede negarse a brindarme tratamiento medico.

Firma del Paciente o representante legal _____ Fecha _____

En letra de imprenta, Nombre del Firmante _____

Nombre del Paciente _____

MEDICARE SECONDARY PAYER - Spanish

Nombre del paciente: _____ Número expediente medico _____ Fecha: _____
Medicare HIC #: _____ Edad del paciente: _____ Teléfono #: _____
Plan de seguros primario: _____ Plan de seguros secundario: _____

Legalmente debemos revisar y actualizar periódicamente su información de Medicare. Por favor conteste las siguientes preguntas y firme abajo. Le agradecemos su cooperación.

Por favor firme y feche:

1. _____ Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta.
Firma: _____ Fecha: _____
Nombre y apellido: _____ Relación con el paciente: _____

Parte I (marque las que correspondan)

Su elegibilidad para Medicare esta basada en:
_____ Edad Continúe con Parte II mas abajo. _____ Edad y ESRD Continúe con Parte VI pagina 2.
_____ Disability Continúe con Parte V pagina 2. _____ Disability y ESRD Continúe con Parte VI pagina 2.
_____ Enfermedad terminal de los riñones (ESRD) Continúe con Parte VI pagina 2.
_____ Pulmón negro Continúe con Parte III abajo.
Tiene usted cobertura por:
_____ Un subsidio gubernamental de investigación Continúe con Parte III abajo.
_____ Dept. of Veterans Affairs Continúe con Parte III abajo.
Tiene usted una enfermedad/herida basada en un accidente relacionado con el trabajo o no relacionado con el trabajo?
_____ Si. Continúe con Parte IV pagina 2. _____ No

Parte II - Edad

1. Actualmente esta usted trabajando?
___ Si. Nombre y dirección del empleador: _____
___ No. Si corresponde, fecha de jubilación: _____
___ No. Nunca trabajó.
2. Tiene usted un cónyuge que este trabajando actualmente?
___ Si. Nombre y dirección del empleador: _____
___ No. Si corresponde, fecha de jubilación: _____
___ No. Nunca trabajó.
3. Tiene usted cobertura medica en grupo (GHP) a través de su empleador o el de su cónyuge?
___ Si, los dos. ___ Si, únicamente yo ___ Si, únicamente mi cónyuge.
___ No. Medicare es el primario a menos que su respuesta a la pregunta 5 sea "Si."
4. El empleador que auspicia esta GHP tiene 20 empleados o mas?
___ Si. GHP es cobertura primaria.
• Nombre y dirección de GHP #1 : _____
Nombre del titular/asegurado: _____ ID de la póliza: _____
ID del grupo _____ Miembro #: _____
Relación con el paciente: _____
• Nombre y dirección de GHP #2: _____
Nombre del titular/asegurado _____ ID de la póliza _____
ID del grupo _____ Miembro #: _____
Relación con el paciente: _____
___ No. Medicare es el primario a menos que su respuesta a la pregunta 5 sea "Si."
5. Tiene usted Pulmón Negro, Veterans Administration, u otros beneficios gubernamentales o su enfermedad/condición es el resultado de un accidente de trabajo o un accidente fuera del trabajo?
___ Si. Si contesto que "No" a las preguntas 1 y 2 continúe con Parte III.
___ No. Si contesto que "No" a todas las preguntas en esta sección, Medicare es el primario.

Parte III - Pulmón Negro, Programa de investigación del gobierno, beneficios del Department of Veterans Affairs

1. Recibe usted beneficios por Pulmón Negro? ___ Si; fecha de beneficio: _____ BL es primario para reclamos BL . ___ No.
2. Los servicios serán pagados por un programa gubernamental de investigación como un subsidio de investigación?
___ Si; un programa gubernamental de investigación pagara el primario por estos servicios. ___ No.
3. Sus servicios están autorizados por el Dept. of Veterans Affairs? ___ Si; DVA es el primario por estos servicios. ___ No.

MEDICARE SECONDARY PAYER - Spanish

Parte IV - Accidente/condición relacionada o no con el trabajo

- 1. La enfermedad o herida se debió a un accidente o condición de trabajo? Si No
Fecha de la herida/enfermedad Póliza/Número de identificación:
Nombre y dirección del plan de Workers Comp: Nombre y dirección del empleador:

El plan de Workers Comp es el primario para los reclamos de heridas/enfermedades de trabajo.

- 2. Fue la enfermedad/herida causada por un accidente no relacionado con el trabajo? Si; Fecha del accidente: No.
2.a. Que tipo de accidente causo la enfermedad/herida? Automóvil no-automóvil Otra
2.b. Hubo algún otro responsable por este accidente? Si No.
Nombre del titular de la póliza o responsable
Nombre y dirección del asegurador sin falta o responsabilidad civil:

Número del reclamo de seguros:
Asegurador sin falta es el primario para los reclamos de accidentes únicamente.
El asegurador de responsabilidad civil es el primario por el acuerdo, juzgamiento o reclamos acordados.

Parte V - Disability

- 1. Esta usted empleado actualmente? Si. Nombre y dirección del empleador: No. Si corresponde, fecha de jubilación: No. Nunca trabajó.
2. Tiene usted un cónyuge que este trabajando actualmente? Si. Nombre y dirección del empleador: No. Si corresponde, fecha de jubilación: No. Nunca trabajó

Si contesto "No" a las preguntas 1 y 2 Medicare es primario a menos que Parte III o Parte IV fueron contestadas con "Si." No continúe.

- 3. Tiene un cobertura medica en grupo (GHP) a través suyo o a través del empleo de su cónyuge? Si, los dos. Si, por mi mismo únicamente. Si, cónyuge únicamente No. Medicare es primario a menos que las respuestas de Parte III o Parte IV fueron "Si."
4. Esta usted cubierto bajo cobertura en grupo a través de un familiar que no sea su c Si No
Nombre/dirección del empleador de su familiar:
5. El empleador que auspicia la GHP tiene mas de 100 empleados? Si. GHP es el primario. Nombre y dirección de GHP

Póliza ID #: Grupo ID #:
Membresía #: Titular de la póliza/nombre del asegurado:
Relación con el paciente:

No. Medicare es el primario a menos que las respuestas en Parte III o Parte IV fueron "Si."

Parte VI - ESRD

- 1. Tiene usted o su cónyuge cobertura GHP? Si, los dos Si, por mi mismo únicamente. Si, cónyuge únicamente.
Nombre/dirección de GHP :
Póliza ID #: Grupo ID #:
Membresía #: Titular de la póliza/nombre del asegurado:
Relación con el paciente: Nombre/dirección del empleador para la cobertura GHP:

No. Medicare es primario

- 2. Ha recibido usted un trasplante de riñón? Si. Fecha del trasplante No.
3. Ha recibido usted tratamientos de diálisis de mantenimiento? Si. Fecha en que comenzó la diálisis: No.
Si participo en un programa de autoentrenamiento de diálisis, fecha en que comenzó el programa:
4. Se encuentra usted dentro del periodo de coordinación de 30 meses? Fecha en que comenzó este periodo: Si. No. Medicare es primario.
5. Tiene usted derecho a Medicare basándose en ESRD y edad o ESRD e incapacidad? Si. No.
6. Fue su derecho inicial a Medicare (incluyendo simultaneo o doble derecho) basado en ESRD? Si. GHP es primario durante el periodo de coordinación de 30 meses. No. El derecho inicial basado en edad (vaya a Parte II en la pagina 1) o incapacidad (vaya a Parte V en la pagina

- 2).
7. Es aplicable la provisión MSP de incapacidad o de ancianos trabajadores (el GHP es primario basado en edad o derecho de incapacidad? Si. GHP es primario durante el periodo de coordinación de 30 meses. No. Medicare es primario.

Si no hay información en el Medicare's Common Working File, se usara esta información para actualizarlo durante el proceso de facturación.



CUESTIONARIO DE AUTO DETERMINACION DEL PACIENTE

NO PIERDA SU DERECHO A DECIDIR !

No se puede quitar toda incertidumbre acerca de sus futuras necesidades de asistencia sanitaria, pero al tener una directiva anticipada puede tener la tranquilidad de hacer conocer de antemano su voluntad.

Declaración para declinar los procedimientos de prolongación de vida (Living Will)

- Tengo echo un testamento
- No tengo un testamento

Sustituto para el cuidado de la salud

- Tengo designado un sustituto *para el cuidado de la salud*
- No tengo designado un sustituto para el cuidado de la salud

Poder Notarial

- He nombrado a un poder notarial para tomar decisiones de atención de la salud
- No he nombrado a un poder notarial para tomar decisiones de atención de la salud

Firma del Paciente / Representante _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, usted puede contactar a su abogado familiar, hospital local, o asociación medica por información adicional

CHAPTER 745, FLORIDA STATUTES