



Anual Actualización de Registro de Pacientes

Por favor, tener todas las tarjetas de seguro y licencia de conducir o PHOTO ID listas para copiar.
(POR FAVOR IMPRIMIR)

Fecha: _____ # Cuenta: _____

APELLIDO		PRIMERO	MI	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> PAREJA
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	CARRERA	ETNIA	<input type="checkbox"/> EMPLEADOS <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> DESEMPLEADOS CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN LOCAL		CIUDAD	ESTADO		CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO		TELÉFONO CELULAR		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		PREFERENCIA DE IDIOMA <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____ <input type="checkbox"/> PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA <input type="checkbox"/> problemas de visión			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> No deseo ser contactado <input type="checkbox"/> Sí, me gustaría ser contactado por correo electrónico y USO LÍNEA características proporcionadas por GCMC					
DIRECCIÓN PERMANENTE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
Farmacia preferida			Teléfono preferido PHARMACY		

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR CON:

APELLIDO		PRIMERO			
HABLA A		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO MÓVIL	RELACIÓN		

INFORMACIÓN DE SEGUROS FAVOR PROPORCIONAR SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA

COMPañIA DE SEGUROS	Asegurada DOB	
SEGURO / TITULAR DEL NOMBRE	RELACIÓN	
CARNÉ DE IDENTIDAD #	GRUPO #	TELÉFONO

Hábitos saludables: ¿Visitas al dentista con regularidad? si No Fecha aproximada de la última cita con el dentista _____

¿Cómo se identifica a sí mismo? Heterosexual homosexual Bisexual Interrogatorio

Historia de enfermedades de transmisión sexual? Si No ¿Practica el sexo seguro? Si No

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Si No
En caso afirmativo, dar fechas aproximadas:

Y comprueba que las sustancias que utiliza y describir la cantidad que usa.

Cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 o 2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5 o más
Tabaco	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 paquete / sem	<input type="checkbox"/> 1 pk / día	<input type="checkbox"/> 2 PKS / día
¿Cuándo dejó de fumar?		¿Cuánto tiempo has fumado?		
Drogas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Prescripción	<input type="checkbox"/> recreativo	
Alcohol	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Social	<input type="checkbox"/> 1-2 días	<input type="checkbox"/> 3 o más / día

La dieta / ejercicio: Tipo de dieta: _____

¿Hacer ejercicio? (Un círculo)
Sin Mínimo Moderado

Victimización (circule por favor):

Abuso físico Abuso sexual Abuso de Ancianos
Molested adultos como infantiles Víctima de Robo
Violencia Víctima asalto citas Violencia doméstica
La trata de personas Otros: _____

Otro:

Preferencias espirituales o culturales? _____

Proxy Salud _____

Duradera Poder para la Salud _____

Directiva anticipada si No

Nombre: _____

Relación: _____

El paciente no puede / no quieren discutir directiva anticipada

Dador de atención primaria _____

Teléfono de Atención Primaria Dador _____

¿Se consideraría su vivienda a ser: Estable Inestable

Riesgo de caída: ¿Se ha caído en cualquier momento durante el año pasado? si No

¿Cuántas caídas? _____ ¿Cuándo? _____

¿Lesión? _____

¿Necesita ayuda con las actividades cotidianas como preparar una comida o ir de compras? Si No

¿Está tratando de oír la televisión o la gente habla? Si No

Ocupacional: ¿Está usted empleado? Si No

Ocupación: _____

Compruebe si su trabajo le expone a continuación:

Estrés

levantar objetos pesados

Movimiento repetitivo

Certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. No haré responsable a mi doctor o cualquier miembro de su / su personal responsable de los errores u omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario.

Por favor, lea y firme Volver Fecha escaneada: _____ Iniciales: _____ Número de cuenta: _____

1. **Consentimiento para el tratamiento.** Yo entiendo que el tratamiento médico de carácter inmediato puede ser necesario que el paciente y que dicha atención médica, tratamiento y procedimientos se llevarán a cabo por los médicos y / o empleados de SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER durante las horas de funcionamiento enviados. Yo entiendo que el tratamiento médico solamente se está prestando y confiero mi autorización y consentimiento a dicho tratamiento y procedimientos, y certifico que hay garantía o seguridad se ha hecho en cuanto a los resultados, que se pueden obtener. Entiendo y reconozco que GULF COAST MEDICAL CENTER es un centro de enseñanza.

¿Tiene una directiva anticipada? Si No

¿Quieres que te la información relativa a las instrucciones anticipadas? Si No

2. **PROGRAMA DE VIGILANCIA medicamentos recetados (PDMD).** Paciente da Gulf Coast Medical Center y sus proveedores y / o personas designadas por la prescripción de permiso proveedor para consultar el medicamento recetado Programa de Vigilancia antes de dispensar recetas para todas las sustancias controladas para revisar el historial de dispensación, como es requerido por el Estado de Florida (Florida Proyecto de Ley 21 (2018).

3. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA.** Por y en consideración de la atención y el tratamiento proporcionado al paciente, prometo SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER todos los cargos por los servicios prestados o en nombre del paciente. Cualquiera de los servicios que no están cubiertos por el seguro son responsabilidad de los pacientes y serán vencidos y pagaderos en el momento servicios se prestan menos que otros arreglos se hacen por adelantado. El paciente también es responsable de los costes de recogida de cualquier importe debido SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER, para incluir los honorarios razonables de abogados y costas judiciales.

4. **Divulgación de información médica.** Por la presente SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER a dar cualquier información médica, en relación con estos servicios, solicitada con respecto al procesamiento de mi reclamo oa mi médico personal, compañía de seguros, y / o abogado de registro con liberación apropiada.

5. **Pruebas de diagnóstico.** Tenga en cuenta las exclusiones de la póliza de seguro con respecto a las pruebas de diagnóstico. Aunque Gulf Coast Medical Center se esfuerza por ofrecer a nuestros pacientes con cualquier tipo de pruebas de diagnóstico que él / ella puede necesitar, ciertas compañías de seguros tienen instalaciones específicas que usted debe ir a para ciertas pruebas, es decir, de laboratorio, procedimientos de rayos X. Es su responsabilidad verificar que los procedimientos realizados en el Gulf Coast Medical Center están cubiertos por su póliza de seguro. El paciente se lleva a cabo en última instancia responsable de cualquier saldo debido a la razón indicada anteriormente.

6. **Medicare / MEDIGAP, Blue Cross Blue Shield / U OTRA SALUD SEGUROS.** Por la presente autorizo SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER solicitar Medicare / Medigap y otros beneficios de seguro de salud en mi nombre. Por la presente solicito el reembolso de cualquier seguro aplicable a hacerse directamente al SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER. Certifico que la información que he proporcionado con respecto a mi compañía de seguros es correcta. Autorizo la divulgación de la información médica sobre mí a mi compañía de seguros de salud y agentes HCFA (Cuidado de la Salud y Administración de Finanzas), así como cualquier y toda la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados (s). Por la presente autorizo el pago de beneficios de Medigap se hagan en mi nombre a SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER. Libero a cualquier poseedor de información de Medicare sobre mí a mis compañías de seguros,

7. **Abogado de registro.** Autorizo a mi abogado para liberar a los SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER cualquier información que detalla mi caso, el estado del caso, o arreglo de casos en relación con la fecha del accidente _____ y los servicios médicos prestados.

8. **AUTORIZACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DE APELACIÓN:** Autorizo al Departamento de SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER Medical Billing para actuar en mi nombre, como un representante designado, a apelar la determinación de mi compañía de seguros, si es necesario. Yo entiendo que las comunicaciones pueden contener información médica y financiera confidencial, incluyendo, pero no limitado a, el tratamiento de las enfermedades venéreas, el alcoholismo y el abuso de drogas, el aborto, el trastorno mental y estado de VIH relacionada con mi examen, tratamiento y hospitalización en relación con la determinación el cual está siendo apelado. Entiendo que la información confidencial sólo se dará a conocer como se especifica en la autorización, o según lo permitido por la ley. Esta autorización es válida por un período de un año.

9. **FOTOGRAFÍA DE CONSENTIMIENTO.** Yo entiendo que los servicios realizados por SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER puede ser fotografiado. Las fotografías se utilizan para ayudar en los entrenamientos y también como una herramienta importante de los servicios prestados. Entiendo que mi información y la identidad permanecerá confidencial y protegida.

10. **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR llamadas automatizadas.** Doy mi consentimiento para recibir llamadas de SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER por mi asistencia sanitaria protegida y otros servicios al número de teléfono (s) que aparece en el frente de esta forma, incluyendo mi número de teléfono móvil proporcionado. Entiendo que puede ser cargado para este tipo de llamadas por mi proveedor de servicios inalámbricos y que dichas llamadas pueden ser generados por un sistema de marcación automática.

11. **La política de esta instalación es llamar al 911 para todas las emergencias dentro del centro médico.**

El abajo firmante hace que el AGRADECIMIENTOS y acuerdos sobre tratamiento médico siguiente para PROPORCIONARSE POR SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER Y CUALQUIER DE SU debidamente autorizado agentes al paciente cuyo nombre aparece en esta forma.

He leído y comprendido la presente TOTALMENTE reconocimientos y acuerdos. También entiendo que es un crimen LLENAR ESTA FORMA CON HECHOS que conozco son HECHOS FALSOS O dejar de lado que conozco son importantes.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Testigo

Número de cuenta

GIVEN FOLLETO AVISO DE LA POLÍTICA DE NORMAS DE PRIVACIDAD Fecha escaneada FIRMADO: _____ Iniciales: _____