



Anual Actualizar el registro de pacientes

Tenga todas las TARJETAS DE SEGURO y la LICENCIA DE CONDUCIR o ID CON FOTO listas para copiar. (POR FAVOR IMPRIMIR)

Fecha:

Cuenta #:

NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido) (Primero) (Medio) Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa)

SEXO MASCULINO MUJER TRANSGÉNERO NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN LOCAL CIUDAD EXPRESAR CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN PERMANENTE CIUDAD EXPRESAR CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA TELÉFONO DEL TRABAJO TELÉFONO MÓVIL

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

NOTIFICACIÓN DE DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO NO SÍ, ME GUSTARÍA SER CONTACTADO POR CORREO ELECTRÓNICO Y UTILIZAR LAS CARACTERÍSTICAS EN LÍNEA PROPORCIONADAS POR GCMC

ESTADO CIVIL: CASADO ÚNICO DIVORCIADO VIUDO PAREJA

RAZA ETNICIDAD PREFERENCIA DE IDIOMA INGLÉS ESPAÑOL OTRO

PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA VISIÓN DISMINUIDA

¿TIENE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA? SÍ NO ¿LE GUSTARÍA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS? SÍ NO

ESTÁ USTED EMPLEADO: SÍ NO RETIRADO ESTUDIANTE

DIRECCIÓN DEL EMPLEADO CIUDAD EXPRESAR CÓDIGO POSTAL

FARMACIA PREFERIDA TELÉFONO DE FARMACIA PREFERIDO

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNÍQUESE CON:

NOMBRE (apellido, nombre, segundo nombre) RELACIÓN

HABLA A CIUDAD EXPRESAR CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA TELÉFONO DEL TRABAJO TELÉFONO MÓVIL

INFORMACIÓN DEL SEGURO PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO AL RECEPCIONISTA

¿ESTÁS ASEGURADO? SÍ NO

NOMBRE DEL TITULAR DEL SEGURO / TARJETA (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) DOB DEL ASEGURADO

COMPañÍA DE SEGUROS IDENTIFICACIÓN# GRUPO # TELÉFONO

Hábitos saludables: ¿Visita al dentista con regularidad? SÍ NO Fecha aproximada de la última cita dental

¿Cómo te identificas? Heterosexual Homosexual Bisexual Interrogatorio

¿Historia de enfermedades de transmisión sexual? sí No ¿Prácticas sexo seguro? sí No

¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? sí No En caso afirmativo, indique fechas aproximadas:

Verifique qué sustancias consume y describa la cantidad que consume.

Cafeína Ninguna 1 o 2 3-4 5 o más

Tabaco Ninguna 1 paquete/semana 1 paquete/día 2 paquetes/día

¿Cuándo dejaste de fumar? ¿Cuánto tiempo fumaste?

Drogas Ninguna Prescripción Recreativo

Alcohol Ninguna Social 1-2 días 3 o más / día

¿Consideraría que su vivienda es: Estable Inestable

Riesgo de caída: ¿Se ha caído en algún momento durante el año pasado? SÍ NO

¿Cuántas caídas? ¿Cuándo?

¿Lesión?

¿Necesita ayuda con las actividades diarias como preparar una comida o ir de compras? SÍ NO

¿Te esfuerzas por escuchar la televisión o hablar a la gente? sí No

Ocupacional: ¿Está usted empleado? sí No

Ocupación:

Compruebe si su trabajo lo expone a lo siguiente:

Estrés

Levantamiento pesado

Movimiento repetitivo

Dieta / ejercicio: Tipo de dieta:

¿Hacer ejercicio? (Un círculo)

No Mínimo Moderado

Victimización (marque con un círculo):

Abuso físico Abuso sexual Abuso de ancianos

Adulto molestado como víctima de robo infantil

Víctima de asalto Violencia en el noviazgo Violencia doméstica

Trata de personas Otro:

Otro:

¿Preferencias espirituales o culturales?

Proxy de atención médica

Poder notarial duradero para el cuidado de la salud

Directiva anticipada sí No

Nombre:

Relación:

Paciente que no puede o no desea hablar sobre las instrucciones anticipadas

Proveedor de atención primaria

Número de teléfono de contacto del proveedor de atención primaria

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario.

Por favor lea y vuelva a firmar Fecha de escaneo: Iniciales: Número de cuenta:

1. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.** Entiendo que el tratamiento médico de naturaleza inmediata puede ser necesario para el paciente y que dicha atención médica, tratamiento y procedimientos serán realizados por médicos con licencia y/o empleados de SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL. CENTRO durante el horario de funcionamiento indicado. Entiendo que solo se está proporcionando tratamiento médico y por la presente otorgo mi autorización y consentimiento para dicho tratamiento y procedimientos, y certifico que no se ha hecho ninguna garantía o certeza en cuanto a los resultados que puedan obtenerse. Entiendo y reconozco que GULF COAST MEDICAL CENTER es una instalación de enseñanza.
2. **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR:** Como padre o tutor legal, doy mi consentimiento para los servicios de atención médica y la prescripción de cualquier medicamento que el proveedor médico considere médicamente necesario para mi hijo.
3. **PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PDMD).** El paciente otorga a Gulf Coast Medical Center y a sus proveedores y / o las personas designadas por el proveedor que prescribe el permiso para consultar el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados antes de dispensar recetas para todas las sustancias controladas para revisar el historial de dispensación, como lo requiere el Estado de Florida (Florida House Bill 21 (2018)).
4. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA.** Por y en consideración de la atención y el tratamiento brindados al paciente, prometo pagar a SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER todos los cargos por los servicios prestados al paciente o en su nombre. Cualquier servicio que no esté cubierto por el seguro es responsabilidad del paciente y será pagadero en el momento en que se presten los servicios, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. El paciente también es responsable de los costos de cobranza de cualquier monto adeudado por SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER, para incluir honorarios razonables de abogados y costos judiciales.
5. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA.** Por la presente autorizo a SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER a divulgar cualquier información médica, en relación con estos servicios, solicitada con respecto al procesamiento de mi reclamo o a mi médico personal, compañía de seguros y / o abogado. de registro con la autorización correspondiente.
6. **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.** Tenga en cuenta las exclusiones de SU póliza de seguro con respecto a las pruebas de diagnóstico. Aunque GULF COAST MEDICAL CENTER se esfuerza por proporcionar a nuestros pacientes cualquier tipo de prueba de diagnóstico que pueda necesitar, ciertas compañías de seguros tienen instalaciones específicas a las que debe acudir para ciertas pruebas, es decir, laboratorio, Procedimientos de rayos X. Es su responsabilidad verificar que los procedimientos realizados en GULF COAST MEDICAL CENTER están cubiertos por su póliza de seguro. El paciente es, en última instancia, responsable de cualquier saldo debido al motivo indicado anteriormente.
7. **MEDICARE / MEDIGAP, BLUE CROSS / BLUE SHIELD U OTROS SEGUROS DE SALUD.** Por la presente autorizo a SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER a solicitar Medicare / Medigap y otros beneficios de seguro médico en mi nombre. Por la presente solicito que los reembolsos de cualquier seguro aplicable se realicen directamente a 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 mi información médica a mi compañía de seguro médico y a los agentes de la HCFA (Administración de Finanzas y Atención Médica), así como cualquier otra información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Por la presente autorizo que el pago de los beneficios de Medigap se realice en mi nombre a SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER. Doy a conocer cualquier información que posea sobre mí de Medicare a mis compañías de seguros,
8. **ABOGADO DE REGISTRO.** Autorizo a mi abogado a divulgar a SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER cualquier información que detalle mi caso, el estado del caso o la resolución del caso en relación con la fecha del accidente _____ y los servicios médicos prestados.
9. **AUTORIZACIÓN PARA APELAR LA DETERMINACIÓN:** Autorizo al Departamento de Facturación de SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER para actuar en mi nombre, como Representante Designado, para apelar la determinación de mi compañía de seguros, si es necesario. Entiendo que las comunicaciones pueden contener información médica y financiera confidencial, que incluye, entre otros, tratamiento para enfermedades venéreas, alcoholismo y abuso de drogas, aborto, trastorno mental y estado de VIH relacionado con mi examen, tratamiento y hospitalización en relación con la determinación. que está siendo apelada. Entiendo que la información confidencial solo se divulgará según se especifica en la autorización o según lo permita la ley. Esta autorización es válida por un período de un año.
10. **CONSENTIMIENTO PARA LA FOTOGRAFÍA.** Entiendo que los servicios realizados por SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER pueden ser fotografiados. Las fotografías se utilizan para ayudar en las capacitaciones y también como una herramienta importante de los servicios prestados. Entiendo que mi información e identidad permanecerán confidenciales y protegidas.
11. **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LLAMADAS AUTOMATIZADAS.** Doy mi consentimiento para recibir llamadas de SMS, DO, PA, d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER para mi atención médica protegida y otros servicios a los números de teléfono que figuran en el frente de este formulario, incluido mi número de teléfono móvil proporcionado. Entiendo que mi proveedor de servicios inalámbricos puede cobrarme por dichas llamadas y que dichas llamadas pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.
12. **La política de este centro es llamar al 911 para todas las emergencias dentro del centro médico.**

EL SIGUIENTE FIRMADO HACE LOS SIGUIENTES RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO MÉDICO QUE SE PROPORCIONARÁ POR SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER Y CUALQUIERA DE SUS AGENTES DEBIDAMENTE AUTORIZADOS AL PACIENTE CUYO NOMBRE APARECE.

| | |
|---|------------------|
| HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LOS RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS ANTERIORES. TAMBIÉN ENTIENDO QUE ES UN DELITO LLENAR ESTE FORMULARIO CON HECHOS QUE SÉ QUE SON FALSOS O DEJAR HECHOS QUE SÉ QUE SON IMPORTANTES. | |
| Firma del paciente / tutor | Fecha |
| Testigo | Número de cuenta |

AVISO DE POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FIRMADO Fecha de escaneo: _____ Iniciales: _____