

FORMULARIO DE ADMISION DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido nombre		Primer nombre		Inicial segundo
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Servicio Militar de EE.UU. (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> En servicio actual <input type="checkbox"/> Dado de baja
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal Condado
Teléfono de la casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono celular ()	Correo electrónica	
Estado civil (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Idioma primario hablado: <input type="checkbox"/> Inglés Limitado	Relación del paciente con la persona responsable (<input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza		
Genero (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				
Orientación Sexual (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Lesbiana/homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana/homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé				
Raza (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiático de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indocumentado				
Etnicidad (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano				
¿Es usted un trabajador migrante o miembro de la familia de un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuanto es su ingreso anual? <input type="checkbox"/> \$1-\$27,000 <input type="checkbox"/> \$27,001-\$33,000 <input type="checkbox"/> \$33,001-\$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001+ <input type="checkbox"/> No ingresos				
Cuántas personas (incluyendo usted) se mantienen de sus ingresos?				
Situación actual donde vive: <input type="checkbox"/> Dueño o renta <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Sin hogar				
Contacto en caso de emergencia		Teléfono ()	Relación con el paciente	
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (persona FINANCIERAMENTE responsable de su cuenta)				
Apellido nombre		Primer nombre		Inicial segundo
Dirección de la calle		Ciudad	Estado	Código postal Condado
Teléfono de la casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono celular ()	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Ingreso familiar: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual				
COMPAÑÍA DE SEGUROS – INCLUYENDO MEDICAID				
Seguro primario		Núm. de ID	Núm. de grupo	Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Seguro secundario		Núm. de ID	Núm. de grupo	Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Cesión y divulgación: Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente a PanCare Health. También autorizo a PanCare Health a revelar cualquier información que se requiera para procesar esta reclamación.				
FIRMA: _____			FECHA: _____	

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Apellido Primer nombre Inicial media

Información Médica

Fecha de la visita médica más reciente: _____ Motivo de la visita de hoy: _____

Marque todos los que aplican a usted:

ADHD	Toser sangre	Ataque al corazón	Radioterapia
Uso de alcohol	Heces oscuras o negras	Cateterización cardíaca	Sangramiento rectal
Anemia	Depresión	Cardiopatías	Problemas respiratorios
Ansiedad	Diabetes	Soplo cardíaco/irregulares	Artritis reumatoide
Articulaciones artificiales	Diarrea	Hepatitis A, B, o C	Ataques repentinos
Asma	Mareo	Alta presión arterial	Problemas sexuales
Autismo	Adicciones a drogas	VIH/SIDA (Riesgo de exposición)	Falta de respiración
Enfermedad sanguínea	Dolor de oído	Ictericia	Anemia de células falciformes
Transfusión de sangre	Enfisema	Cálculos/enfermedad renales	Dificultad para dormir
Sangre en heces fecales/orina	Epilepsia	Enfermedad hepática	Fumador/Usos de tabaco
Cambios en la evacuación	Sangramiento excesivo	Problemas maritales	Uso de drogas
Cáncer	Desmayos	Trastornos mentales	ETS
Cambios en lunares	Fracturas	Osteoartritis	Accidente cerebral/apoplejía
Dolor en el pecho	Enfermedad de la vesícula	Marcapasos	Intento de suicidio
Colesterol (alto)	Gota	Neumonía	Enfermedad de la tiroides
Tos crónica	Fiebre del heno	Embarazada <i>actualmente</i> : <i>Fecha de parto</i> : _____	Tuberculosis (TB)
Estreñimiento	Lesión en la cabeza	Problemas de la próstata	Jadeo

Última prueba de Papanicolaou _____ Número de nacimientos: _____
 Última mamografía: _____ Método anticonceptivo: Ninguno Píldora Condomes IUD
 Número de embarazos: _____ Inyecciones Ligadura de trompas Vasectomía Otro _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Nombre de la Farmacia Ubicación/Dirección: _____

Hospitalizaciones/cirugías: _____

¿Tiene actualmente dolor o algún problema dental? _____ Si la respuesta es sí, explique: _____

Historial Familiar

Marque los que apliquen a usted:

Abuso de alcohol	Cáncer	Diabetes	Cardiopatías
Asma	Depresión	Glaucoma	Hipertensión o alta presión arterial

A mi mejor saber y entender, toda la información y las respuestas antes provistas son verdaderas y correctas. Si alguna vez ocurre un cambio en mi salud, informaré a los médicos sin falta en la próxima cita.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Firma del Dentista

Fecha

Firma del Medico

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre Inicial media

=====

Iniciales _____ Acuerdo de confirmación y asistencia a las citas

Contamos con la política de dos (2) no asistencia a citas, después de 2 no asistencias a citas en un periodo de (12) doce meses, no volveremos a ofrecer una nueva cita a ningún adulto o niño que viva en la misma residencia o ningún adulto responsable del tratamiento médico/dental por un periodo de un año a partir de la segunda cita.

Es la responsabilidad del paciente (padre/tutor, en caso de niños) informar a la clínica en caso de no poder asistir a su cita, al menos 24 horas antes de su cita.

Como paciente de la clínica médica/dental, es su responsabilidad (padre/tutor en caso de niños) confirmar su cita. Haremos esfuerzos de llamar y confirmar su cita la mañana antes de su cita. Sin embargo, si usted no confirma su cita, será removido de la agenda de citas y se considera una no asistencia a su cita.

Favor verificar que tenemos su número de teléfono y si cambia su número de teléfono, usted debe contactar su clínica médica/dental y notificar el cambio.

Iniciales _____ Divulgación de información médica y dental

El médico es responsable de asegurar que la relación entre el proveedor y el paciente sea confidencial. Según los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), no se nos permite revelar ninguna información del paciente sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica o dental o de facturación se le provea a un miembro de la familia, amigo o representante legal, usted tiene que firmar este formulario. Firmar este formulario solo da su consentimiento para que se provea esta información a las personas que se indican a continuación. Este formulario de consentimiento no permitirá que PanCare of Florida, Inc. provea ninguna otra información a estas personas. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito.

Autorizo/permito que PanCare of Florida, Inc. provea mi información médica o dental o de facturación a las siguientes personas:

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Iniciales _____ Aviso de prácticas de privacidad

Entiendo que como parte de mi atención médica, esta organización prepara y mantiene expedientes médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y planes para el cuidado o tratamiento futuro. Certifico que me han proporcionado y que entiendo que el *Aviso de prácticas de privacidad* de esta organización provee una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica.

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el *Aviso de prácticas de privacidad* de esta organización antes de firmar esta certificación;

Esta organización se reserva el derecho de cambiar su *Aviso de prácticas de privacidad* y que este documento está disponible cuando lo solicite, en mi próxima visita y en el sitio de internet de la organización: www.pancarefl.org.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre Inicial media

=====

Iniciales _____ Consentimiento para tratamiento médico

Por este medio autorizo a PanCare of Florida, Inc., sus instalaciones o centros de tratamiento, sus médicos proveedores y personal médico a administrar los exámenes y tratamientos que se consideren médicamente necesarios.

Padres con niños menores: Entiendo que para que mi hijo (cualquier niño menor de 18 años de edad) sea visto por uno de los profesionales médicos de PanCare Health, un padre o tutor legal tiene que estar presente.

Iniciales _____ Servicios No Cubiertos por su Aseguradora

Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio no cubierto por la aseguradora. Entiendo que los pagos de la aseguradora son estimados y no una garantía de sus beneficios. Confirmando además que pagare por cualquier servicio realizado que no sea cubierto por la aseguradora.

Iniciales _____ Directrices Avanzadas

Entiendo que tengo el derecho de tener Directrices Avanzadas.

- Actualmente tengo Directrices Avanzadas:
- Testamento
- Sustituto en casos de Salud
- Poder Legal en casos de Salud

Exhortamos a todos los pacientes a completar unas Directrices Avanzadas, lo que le ayudaría a Usted a establecer sus preferencias para tratamientos médicos y seleccionar un agente o persona que pueda tomar decisiones de su salud en caso de que usted no pueda tomarlas o en caso que desee que otra persona tome la decisión por usted.

Puede encontrar más información disponible sobre Directrices Avanzadas en la página digital www.pancarefl.org

Si Usted ya cuenta con una Directriz Avanzada, favor de traer una copia el día de su próxima visita. Su directriz Avanzada será colocada junto con su archivo médico

Reconocimiento

He inicializado la política de asistencia y confirmación de la citas, Divulgación de información Médica y Dental, Aviso de Practicas de Privacidad/ Derechos y Responsabilidades del Paciente, Consentimiento de Tratamiento, Servicios no Cubiertos por la Aseguradora y haciendo esto reconozco que he leído las declaraciones mencionadas anteriormente y cumpliré con lo mismo y si no lo hago, esto puede descalificarme de recibir atención de la Clínica de Salud Medica/Dental de Pancare.

Firma del paciente (padre o tutor, si es un menor)

Fecha

Nombre impreso del paciente/representante legal

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre Inicial media

Adjunte

- **Una copia de su DECLARACIÓN DE IMPUESTOS VIGENTE**
- Una copia del talonario de pago del último mes para todos los adultos que trabajan y que viven en la casa
- Prueba de beneficios de SSI/Discapacidad
- Manutención de menores

Yo, _____, solicito que se me considere para un descuento de la escala de tarifa deslizante que ofrece PanCare of Florida, Inc. (PanCare). Al llenar este formulario y adjuntar mi declaración de impuestos vigente y devolverlos para el procesamiento, afirmo que los hechos contenidos en el presente son verdaderos y correctos a mi mejor saber y entender. Si la información resulta ser fraudulenta, PanCare se reserva el derecho de cancelar su estado respecto a la escala de tarifa deslizante y facturarle el monto completo por todas las visitas anteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

Ingreso actual: Sírvase proporcionar TODA la verificación de ingreso solicitada para TODOS los miembros de su casa con sus documentos. Su cita tendrá que volverse a programar si no la provee con su paquete.

Empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Ingreso mensual: _____

Empleador del cónyuge o pareja: _____

Ingreso mensual: _____

Cualquier otro ingreso, incluyendo de cualesquiera otros adultos que trabajan y que viven en la casa: _____

Provea una lista de todas las personas (incluyendo los niños) que viven en su casa:

Apellido, primer nombre	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social	Relación