



Hola y bienvenido a Florida Kidney Physicians, LLC.

Se le programó una cita el \_\_\_\_\_.

Llegue a la oficina 30 minutos antes de su primera visita para que podamos asegurarnos de que toda la información apropiada esté actualizada en nuestros Registros Electrónicos de Salud.

Para su comodidad, hemos adjuntado un paquete informativo. Le solicitamos que complete todos los formularios adjuntos y los traiga con usted a su próxima cita, junto con su (s) tarjeta (s) de seguro y alguna tipo de identificación personal con su foto.

En su nombre, solicitaremos con sus permiso, sus registros médicos al médico que lo deriva. Por favor, realice un seguimiento con su médico para que nos hagan llegar la información.

Nuestra política es cobrar co-pagos y co-seguros al momento del servicio. Si no puede realizar el pago al momento del servicio, comuníquese con nuestra oficina antes de su cita para hacer los arreglos financieros. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard y American Express.

Para resumir la información anterior:

- Complete los formularios adjuntos
- Llegue 30 minutos antes de su cita programada
- Traiga todos los formularios completados junto con las tarjetas de seguro y una forma de identificación con foto
- Traiga una lista de medicamentos y / o todos sus medicamentos
- Esté preparado para hacer los copagos y / o coseguros necesarios al momento de su visita.

Queremos agradecerle por darnos la oportunidad de brindarle un muy buen servicio, y esperamos conocerle pronto. Si tiene alguna pregunta o necesita indicaciones para llegar a nuestra oficina, contáctenos directamente.

Atentamente,

Florida Kidney Physicians, LLC

**Por favor marque si usted esta actualmente experimentando alguno de los siguientes síntomas**

- Fiebre     Cansancio    Aumento de peso(\_\_\_\_\_)    Pérdida de peso(\_\_\_\_\_)
- Ojos secos     cambios el la visión
- Hemorragias nasales frecuentes
- Dolor de garganta     Ronquidos     Boca seca
- Dolor de pecho     Dificultad para respirar cuando camina
- Soplo cardiaco     Palpitaciones     Hinchazón en las piernas
- Tos     Sibilancias     Dificultad para respirar     Tos con sangre     Apnea del sueño
- Dolor abdominal     Vómito     Cambio en apetito     Diarrea frecuente     Náusea
- Incontinencia urinaria     Difficultad al urinar urinating     Aumento en la orina     sangre en la orina
- Dolores musculares     dolor en las articulaciones     dolor de espalda
- Ictericia     comezón     Erupción en la piel
- Depresión     Dormir sin descanso
- Aumento de la sed     intolerancia al calor     intolerancia al frio
- Glándulas hinchadas     Tendencia a la formación de moretones
- Sangrado excesivo.     Moqueo de Nariz     Urticaria



ACERQUE ESTE FORMULARIO AL STAFF MEDICO CUANDO SEA LLAMADO

**Formulario de Registro del Paciente**

Imprima, complete en su totalidad y realice las correcciones necesarias  
USE TINTA NEGRA o AZUL

**Información del Paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Número secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo (marque uno) : M F

Estado civil (marque uno) casado/a soltero/a divorciado/a viudo/a

Raza (marque uno). Africano Americano Americano Hispano Asiatica Indio Nativo

Número de licencia: \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento : \_\_\_\_\_



**Información del Empleador**

Estado:(marque uno)      empleado      retirado discapacitado/a      estudiante    otro/a

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación del empleador: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre	Relation	Telefono
_____.	_____.	_____
_____.	_____.	_____
_____.	_____.	_____

**Responsable Parte Responsable Otra que el Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Estado y código postal. \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Número de teléfono primario \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



### Doctor Primario y Doctor Referente

Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor referente (si es otro que el primario) \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Información De Seguro Médico

Seguro médico primario: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de póliza \_\_\_\_\_

Número de Identificación de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Número de teléfono del afiliado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del afiliado \_\_\_\_\_

### Pharmacy information

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de fax de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Lista de Medicamentos**

Nombre del medicamento	Dosis	Direcciones (ej. 1 por día, 2 cada 6 horas)

¿Alguna vez has tomado o sigue tomando medicamentos antiinflamatorios?( Advil, Motrin, Aleve, Celebrex, Vioxx, Ibuprofen, Naprosyn, Bextra, etc? Si\_\_\_ No\_\_\_

Si es así, por favor indique los medicamentos

---

---

---

---

¿Tiene alguna alergias a medicamento/s? Por favor indique el reacción

---

---

---

### Information General/Vacunas

Cuando fue su última:

Mamografía: \_\_\_\_\_  
 Papanicolaou: \_\_\_\_\_  
 Colonoscopia: \_\_\_\_\_  
 Examen de prostata: \_\_\_\_\_  
 Vacunas contra la neumonía: \_\_\_\_\_  
 Vacunas contra la gripe: \_\_\_\_\_  
 Vacuna contra la Hepatitis B: \_\_\_\_\_  
 Examen de PSA: \_\_\_\_\_

### Historial de Salud

	SI	NO		SI	NO
Anemia			Hiperlipidemia		
Artritis			Hiperparatiroidismo		
Asma/ COPD			Hipertensión		
Fib auricular (AFIB)			Quiste renal		
Cardiaca congestiva (CHF)			Insuficiencia renal		
Cáncer			Cálculos renales		
Cancer en los últimos 5 Años			Lupus		
Enfermedad de las arterias coronarias			Enfermedad Poliquística Renal		
Diabetes 1			Proteina en la orina		
Diabetes 2			Infección recurrente del tracto urinario		
Sangre en la orina			Accidente cerebrovascular		
Hepatitis A			Enfermedad de tirodes		
Hepatitis B			Transplante		
Hepatitis C			Deficiencia de vitamina D		
			Colesterol alto		



Historial de Salud adicional \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones y cirugías previas (Por favor incluya las fechas)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial Medico de Familia**

¿Alguien en su familia ha tenido alguno de los siguientes:

Enfermedad renal:	SI__	No__	Quién de la familia _____
Proteína en la orina	SI__	No__	Quién de la familia _____
Diálisis:	SI__	No__	Quién de la familia _____
Diabetes 1:	SI__	No__	Quién de la familia _____
Diabetes 2:	SI__	No__	Quién de la familia _____
Presión alta:	SI__	No__	Quién de la familia _____
Enfermedad Poliquística Renal	SI__	No__	Quién de la familia _____
Lupus (SLE):	SI__	No__	Quién de la familia _____
Cáncer:	SI__	No__	Quién de la familia _____
Cálculos renales:	SI__	No__	Quién de la familia _____
Sordera:	SI__	No__	Quien de la familia _____



### Historia Social

Directiva Anticipada de Atención Medica Si\_\_\_ No\_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? Ocasional \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Muy frecuente \_\_\_\_\_

Tabaco de mascar: Ninguno 1 por día 2-4 por día 5+ por día

Años de consumo de tabaco: \_\_\_\_\_

Situación de fumador: nunca un fumador ex fumador fumador del día actual

¿Cuándo dejaste de fumar? \_\_\_\_\_

¿Cuánto fumas? Ninguno 1 PS 2 PS ¼ PD ½ PD 1PD 2PD 3+PD

¿A qué edad empezaste a fumar?\_ \_\_\_\_\_

Drogas ilícitas \_\_\_\_\_

Cafeína. Ocasional \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Muy frecuente \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tienes? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_



## PAGO DE BENEFICIOS

Autorizo el pago de beneficios, según lo determine la compañía, directamente a Florida Kidney Physicians, LLC

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Entiendo que a menos que haya marcado "sí" arriba, el pago de los beneficios será abonado por mi cuenta. También entiendo que incluso si he marcado "sí" arriba, aún puedo ser responsable de cualquier cantidad total no pagada por mi compañía de seguro en caso de que los cargos realizados no sean razonables y habituales.

## AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN MÉDICA

Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización, empleador, hospital, médico, dentista, farmacéutico a divulgar cualquier información solicitada con respecto al procesamiento de mis reclamos. Certifico que la información que proporciono es verdadera y correcta. Tengo conocimiento de que es un delito completar este formulario con hechos que sé que son falsos o dejar de lado los hechos que sé que son importantes.

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Como parte responsable, acepto que todos los cargos que mi compañía de seguros no pague directamente serán mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad**  
**\* Puede Negarse a Firmar Este Acuse de Recibo \***

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina que describe cómo se usará, divulgará y protegerá la información confidencial del paciente.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre / Relación con el paciente si lo firma una persona que no sea el mismo

\_\_\_\_\_. Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_. Fecha \_\_\_\_\_  
Testigo

**Para Uso Exclusivo De La Oficina**

Intentamos obtener un reconocimiento escrito de recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- La persona se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- Otros

## Cuestionario para Pacientes de HIPAA

- 1. Por favor indique el miembro de la familia o otra persona, si corresponde, a quien podamos informar sobre su condición y su diagnóstico (incluido el tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica)**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

- 2. Por favor indique los miembros de la familia o otras personas a quien podamos informar sobre su condición médica. SOLAMENTE DE EMERGENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

- 3. Por favor imprima la dirección de donde desea que le enviemos sus estados de cuenta y la correspondencia de nuestra oficina si no es su hogar. ( comunicación confidencial)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 4. Por favor indique si desea que todos los mensajes de nuestra oficina se envíen en un sobre sellado marcado como CONFIDENCIAL Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_**

- 5. Por favor imprima el Número de teléfono o dirección de correo electrónico donde desea recibir llamadas sobre sus citas, resultados de laboratorio y radiografías u otra información de salud *si no es el teléfono de su casa* :**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

- 6. ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (recordatorios de citas) en su contestador automático o en su buzón de voz? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_**

- 7. Entiendo la ley de protección de la propaganda y me han ofrecido una copia de la notificación de la organización sobre prácticas de propagación actualizada para la Norma general de 2013 de HITECH.**

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ (tutor responsable si el paciente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_ Firma de Paciente/Tutor responsable \_\_\_\_\_

FECHA



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA ePRESCRIBE

ePrescribing es un sistema para que los proveedores envíen electrónicamente, una receta precisa, libre de errores desde la oficina del proveedor a la farmacia. Este sistema también incluye:

Historial de medicamentos: proporciona al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite que sus proveedores estén mejor informados sobre posibles problemas de medicación y que usen esa información para mejorar la seguridad y la calidad de cuidado médico. Los datos del historial de medicamentos pueden indicar el cumplimiento de los regímenes prescritos, las intervenciones terapéuticas, las reacciones a los medicamentos y las alergias a los medicamentos, las reacciones adversas a los medicamentos y la terapia duplicada.

La información del historial de medicamentos incluiría los medicamentos recetados por su proveedor de atención médica en Florida Kidney Physicians, LLC, así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención y puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con afecciones de salud mental, enfermedades venéreas / enfermedades de transmisión sexual, aborto (s), violación / agresión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH / SIDA. Como parte de este formulario de consentimiento, usted autoriza específicamente la divulgación de esta y otra información de salud confidencial.

### Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su proveedor en Florida Kidney Physicians, LLC pueda solicitar y usar su historial de medicamentos recetados por otros proveedores de atención médica y / o pagadores de beneficios de terceros para fines de tratamiento. Puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad de recibir atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado. Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que se revoque su consentimiento. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento por escrito. Tenga en cuenta que esta revocación no tendrá efecto sobre ninguna acción tomada hasta que no se reciba la revocación. Entendiendo todo lo anterior, por la presente, doy mi consentimiento informando a Florida Kidney Physicians, LLC para que me inscriba en este programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Firma del individuo (o representante legal) \_\_\_\_\_

Nombre del individuo (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal, si corresponde \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_