

Información del Paciente

NOMBRE: _____ SEGUNDO: _____ APELLIDOS(s): _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SSN ____/____/____ TELF _____
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
ESTADO CIVIL: Casado(☐) Separado (☐) Soltero (☐) Divorciado (☐) Viudo (☐)
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TEL: _____
RELACIÓN: Esposo(a) (☐) Pareja (☐) Hijo(a) (☐) Familiar (☐) Abuelo(a) (☐) Amigo(a) (☐)
MEDICO PRIMARIO: _____ Tel: _____
FAX # _____
¿FUE REFERIDO POR UN DOCTOR? Si (☐) No (☐) Dr. _____ Tel: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO: _____ ID: _____ GRUPO#: _____
NOMBRE DEL TITULAR _____ RELACIÓN AL PACIENTE: Esposo(a)(☐) Hijo(a)
Pareja(☐)
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR: ____/____/____ SSN# _____
¿Necesita autorización de seguro para ver el medico? SI (☐) NO (☐) COPAGO: _____
DEDUCIBLE: _____
SEGURO SECUNDARIO: _____ ID: _____ GRUPO#: _____
NOMBRE DEL TITULAR: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: ESPOSO(A)(☐)
HIJO(A) (☐) PAREJA(☐)
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR: ____/____/____ SSN# _____



11616 Lake Underhill Road, Suite 215, Orlando, FL 32825

Phone: (407) 482-7788

Fax: (407) 482-8698

Historial Médico (Cicle todas la que apliquen)

Constitucional

Fatiga
Fiebre
Escalofrios
Sudores nocturnos.
Aumento/Perdida de peso

Ojos

Espueles/contacto
Vision borrosa
Dolor de ojos
Sensibilidad a la luz
Cataratas
Glaucoma
Drenaje de ojos

Oído/Nariz/Garganta

Dolor de oído
Problema auditivo
Zumbido de oídos
Nariz congestionada

Ronquidos
Dolor de garganta
Sangrado en las encias
Dolor de dientes
Hemorragias nasales.

Cardiovascular

Claudicacion
Dificultad respiratoria
Edema (especifique el
área: _____)

Palpitaciones
Disnea nocturna
Insuficiencia cardiaca
congestiva
Soplo cardiaco
Cyanosis(Color azulado)
Venas varicosas

**Gastrointestinal o
Urinario**

Dolor abdominal
Anorexia
Dificultad al masticar
Constipacion
Diarrea
Acidez
Vomitar sangre

Pancreatitis
Problemas de la vejiga
Problemas en la prostata
Historial de Infecciones urinaria
Nocturia
Hematuria
Lesiones Genitales
Nausea
Vomito
Vesicula
Appendectomia
Incteria por Hepatitis
Problemas en el higado
Ulceras estomacales
Impotencia sexual
Exceso de orina
Heces negras/Alquitranadas

Respiratorio

Tos (aguda/ chronica)
Tos con sangre

Asma
Sibilancias
Bronchitis
COPD (pulmonar obstructiva crónica)
Emfisema
neumonia
problemas de sinusitis
Tuberculosis
Corta respiración

Musculoskeletal

Artritis
Rigidez articular
Dolor en las extremidades

Dolor en las articulaciones
Dolor de espalda
Osteoporosis

Neurological

Alzheimer
Dolores de cabeza
Mareos/vertigo
Convulsiones
Parkinson
Derrame cerebral
Depresión
Ansiedad
Enfermedades mentales

Ataxia
Desmayos
Perdida de memoria
Temblor
Bi-polar
"Sentimiento de estres"
Pensamientos suicidas
Sueno disturbio
Cambios de personalidad
Episodios de llanto

Hematologica/ Linfático

Moretones con facilidad
Sangre Excesiva
Linfadenopatía
Trasnfusiones de sangre

Endocrino o Sexual

Diabetes
Histerectomia/menopausea
Enfermedades de transmisión
sexual
Hipertiroidismo
Hipotiroidismo
Inchazon Manos/Piernas
Perdida de pelo
Intolerancia Calor/Frio
Velloidad Abnormal
Incrementacion del color de piel
Infertilidad
Sed excesiva
Sudoración excesiva

Integumentario

Icteria
Picazon

Salpullidos
Piel seca
Acne
Infección de hongos
Verrugas

Otros

Alergias estacionales
VIH/HIV
SIDA/AIDS
Anemia
Obesidad
Depranocito
Cancer



11616 Lake Underhill Road, Suite 215, Orlando, FL 32825

Phone: (407) 482-7788

Fax: (407) 482-8698

¿Le han diagnosticado alguna vez con **Presión Alta**? Si () No (). ¿Cuándo? _____

Si, ¿desde **Cuándo** consume medicina para controlar la Presión Alta? _____

¿Le han Diagnosticado con **Colesterol Alto**? Si () No (). ¿Cuándo? _____

Si, ¿desde **Cuándo** consume medicina para controlar el **Colesterol Alto**? _____

¿Cuál fue su ultimo nivel de colesterol? _____ Nivel de triglicéridos: _____

****SOLO PARA MUJERES**:**

¿Post menopausia? Si () No (). ¿Le han Hecho una Histerectomía? Si () No ()

Historia Quirúrgica (incluya la fecha y tipo de cirugía):

Tipo	Cuando	Donde

Ha tenido o tiene ahora alguno de los siguientes síntomas:

¿Dolor de Pecho? SI () NO ()

¿Dificultad para respirar? SI () NO () Respuesta es SI, es mas fuerte: Acostado () De pie ()

Explique: _____

¿Ha tenido Insuficiencia Cardíaca? SI () NO () No Sabe ()

¿Ha tenido algún ataque Cardíaco: SI () NO () Fecha: _____

¿Ha tenido Fiebre Reumática: SI () NO () No Sabe ()

¿Ha tenido problemas con la Válvulas cardíacas SI () NO () No Sabe ()

¿Ha tenido alguna cirugía de Corazón abierto: SI () NO, Cuando _____

¿Ha tenido algún: Angiograma Coronario/Angioplastia/PTCA, Stent: SI () NO () Cuando?: _____

¿Lo han diagnosticado(a) alguna vez con Cáncer? SI () NO (), Cuando? _____



Orlando Heart & Vascular Center

11616 Lake Underhill Road, Suite 215, Orlando, FL 32825

Phone: (407) 482-7788

Fax: (407) 482-8698

HISTORIA PERSONAL

Por favor **especifique la cantidad** que consume diariamente (taza, vasos, copas, etc.).

¿Bebidas Alcohólicas? _____ Cervezas? _____ Vino? _____ Cuanta veces al día? _____

¿Tomas Café? _____ Te? _____ Soda (con cafeína)? _____

¿Fumas? Si () No () Que Tipo (Cigarrillos, Pipa o Tabaco)? _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Estado Laboral: Empleado() Desempleado() Retirado() Otro(): _____

¿Consume o Usa algún tipo de Drogas ilícitas? Si () No () Que tipo? _____

¿Hace ejercicios regularmente? Si () No () Que Tipo? _____ Frecuencia? _____

HISTORIA FAMILIAR

Por Favor sea lo más específico que pueda:

	Vivo: Si o No	Causa de Muerte	Edad	Salud en General
Abuela Materna/Paterno				
Abuelo Materna/Paterno				
Madre				
Padre				
Hermano/a				
Hermano/a				

Por Favor escriba todas las medicinas que actualmente toma (incluye multivitamínicos)

Nombre	Dosis/Miligramos	Frecuencia

ALERGIAS: _____



11616 Lake Underhill Road, Suite 215, Orlando, FL 32825
Phone: (407) 482-7788 Fax: (407) 482-8698

Apreciado Paciente,

Queremos hacerle saber de una condición que puede afectarle. Hasta 12 millones de estadounidenses que tiene la enfermedad Arterial Periférica (PAD). Es una infección en la cual las arterias que llevan sangre a los músculos de las piernas y reduce o se bloquean debido a la acumulación de placa. El flujo sanguíneo se vuelve lento y puede causar mala circulación en las piernas, pies, y dedos de los pies. Por ejemplo, puede experimentar calambres, malestar o posiblemente una leve "fatiga" en las piernas que puede limitar la habilidad de caminar a poca distancia, la velocidad y capacidad general.

Este es el mismo proceso de enfermedad que provoca bloqueos en el corazón. Desafortunadamente, muchas personas con EAP no reconocen los síntomas y puede tener un mayor riesgo de un ataque al corazón, un accidente cerebrovascular e incluso la amputación de alguna de sus extremidades. Los síntomas pueden ser sutiles y a menudo se confunden con artritis, "fuera de forma", o como parte del proceso normal de envejecimiento. Muchas veces puede ser simplemente diagnosticado realizando un cálculo después de tomar la presión arterial en los brazos y en los tobillos. Por Favor, tome un momento para responder las siguientes preguntas para poder brevemente diagnosticar si usted padece o pueda padecer de esta enfermedad. Si desea obtener más información, no dude en pedir asistencia.

1. **¿Experimenta incomodidad o dolor en los músculos de sus piernas cuando toma un Descanso después de caminar?** SI NO
2. **¿Siente sus piernas pesadas o adoloridas cuando está caminando o realizando alguna actividad de pie?** SI NO
3. **¿Ha experimentado fatiga o dolor al caminar por la cual ha tenido que dejar la actividad o dificultad ir a la par de otros?** SI NO
4. **¿Siente molestia la mayoría de las noches en sus pies o dedos y se mejora cuando descansa los pies en el borde de la cama?** SI NO
5. **¿Ha tenido úlceras en sus piernas o pies anteriormente?** SI NO
6. **Experimenta dificultad o necesita ayuda realizando las siguientes actividades:**

	No Dificultad	Poca Dificultad	Incapaz
➤ ¿Caminando 1 cuadra en su vecindario?	1	2	3
➤ ¿Subiendo por lo menos un Escalón?	1	2	3
➤ ¿Caminando a una velocidad moderada?	1	2	3
➤ ¿Caminando a rápida velocidad?	1	2	3

¡¡¡Gracias por decirnos!!!



11616 Lake Underhill Road, Suite 215, Orlando, FL 32825

Phone: (407) 482-7788 Fax: (407) 482-8698

¿Estás dormido y cansado todo el tiempo?

Realice la prueba de somnolencia de Epworth y analice el resultado con su médico.

NOMBRE DE PACIENTE: _____ DOB: _____

TELF: _____ EMAIL: _____

ALTURA: _____ PESO: _____ BMI: _____ CIRCUNFERENCIA DEL CUELLO: _____

<u>Situación:</u> <i>Se refiere a tu estilo de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de averiguar cómo le afectarían.</i>	<u>Posibilidad de dormita</u> • 0= Nunca Dormita • 1= Poca posibilidad de Dormita • 2= Moderado posibilidad de Dormita • 3= Alta posibilidad de Dormita
Sentado y Leyendo	
Viendo Televisión	
Sentado, inactivo en un lugar publico	
Pasajero de carro por amenos una hora	
Reposando al medio día	
Sentado y hablando con alguien	
Sentado en silencio después del almuerzo sin alcohol	
En un carro parado en tráfico por par de minutos	
	TOTAL, Puntos de 24:

Análisis de puntaje

- Puntaje de 1-6: Estas durmiendo suficiente
- Puntaje de 4-8: Tiendes a tener sueño durante el día; este es el puntaje promedio
- Puntaje de 9-15: Tienes mucho sueño y debe buscar consejo medico
- Puntaje de 16 o más: Tienes demasiado sueño y debe buscar consejo medico

Firma: _____ Fecha: _____



11616 Lake Underhill Road, Suite 215, Orlando, FL 32825

Phone: (407) 482-7788 Fax: (407) 482-8698

Nota de Derechos de Privacidad del Paciente
(HIPAA NOTICE of Patient Rights)

Orlando Heart & Vascular Center, LLC cumple a todo lugar con el acta de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996. Nuestro objetivo es cumplir el 100% en todo momento. Los métodos utilizados en nuestra clínica para asegurarse la protección de su información personal.

1. Según los reglamentos de HIPAA, sus documentos médicos podrán ser transferido a oficinas de doctores de su preferencia siempre y cuando usted firme una autorización. Sus documentos no serán transferidos sin dicha firma o la firma en caso de ser representado legalmente por otra persona. (Documento legal es requerido cuando es legalmente representado por alguien).
2. Una vez sus documentos médicos sean revisados y usted por algún motivo está en desacuerdo, usted tiene el derecho de escribir y dejarnos saber sus objetivos para así ser adheridos a sus documentos médicos.
3. En caso de que usted necesite información médica de nuestra oficina para así realizar una cita médica con otro proveedor de salud, solamente se le brindara con la información necesaria para la culminación de la cita médica.
4. En caso de que usted decida no dar acceso a su documentación médica a miembros de su familia; usted está en el deber de comunicarlo a nuestra oficina. La notificación deber ser por escrito y firmada, si por el contrario usted desea autorizar a un miembro de familia, debe seguir el mismo protocolo para hacer valida su petición.
5. Nuestra oficina no brindara su información personal o médica a ninguna persona u otro proveedor de salud a no ser que estén directamente prestando servicios médicos.
6. Si usted es escogido para participar en uno de los programas de estudio (investigación), usted será requerido firmar autorizaciones adicionales para poder participar de dicho programa.
7. Bajo las regulaciones de HIPAA, podríamos usar todo o parte de su historial médico para enviar los cargos pertinentes a su seguro de salud. Su autorización y según por aprobación, la oficina medicas pueden enviar los cargos económicos en su representación.
8. Habrá ciertas circunstancias en las que las autoridades de salud pública y las agencias de supervisión de salud pueden requerir una copia de sus registros. están autorizados por ley a recopilar esa información y estamos obligados a proporcionar una copia.
9. Usted tiene el derecho de revisar su historial médico con nuestra oficina. De ser necesario, usted requiere apartar una cita para dicho propósito, es necesario una autorización por escrito con mínimo de 15 días de anticipación en orden de apartar el tiempo con un representante de salud.
10. Precauciones y esfuerzos serán tomados para asegurar que su historial médico no sea compartido con organizaciones no autorizadas.
11. Si usted es un miembro militar activo o se encuentra en espera de llamada, bajo la ley federal estamos requeridos a proporcionar una copia de todo su historial medico
12. Si usted tiene alguna duda o pregunta en cuanto a la información brindada en este documento, por favor contactar a uno de los miembros de Orlando Heart & Vascular Center, LLC.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____



11616 Lake Underhill Road, Suite 215, Orlando, FL 32825

Phone: (407) 482-7788 Fax: (407) 482-8698

Póliza de Responsabilidad Financiera

POR FAVOR LEER COMPLETO Y FIRMAR AL FINAL.

En el momento de su registraci3n (check-in) paciente es responsable de su deducible, copago, co-insurance (%) o cualquier balance pendiente ANTES de recibir los servicios por los cuales es asignado a su cita. Nuestra oficina tiene el derecho de no aceptar pagos con cheques en el momento que se disponga. Debido a que los copagos son un requerimiento de su seguro, nosotros no podemos facturarle el copago del d1a sino no es aprobado por la oficina y este escrito. Todos los balances existentes en su cuenta deber1n ser cancelados en el momento de su registraci3n y antes de ser atendido a no ser que con previo y por escrito nuestra oficina haya aprobado otro tipo de arreglos para tomar cuidado del (los) balances existentes.

Por favor sea lo m1s asertivo posible con la informaci3n de su seguro, si usted desea que continuemos asistiendo en la sumisi3n de los cargos m1dicos prove1dos. Aseg1rese de presentar su tarjeta de seguro a igual que cualquier referido necesario de la oficina de su doctor, autorizaciones necesarias para su cita m1dica y/o tratamiento. Sin estos, no podremos proveerle servicios m1dicos necesarios. Si usted no coopera con este requerimiento, el pago por los servicios prestados se vera afectado ya sea recibiendo una fracci3n de pago por medio de su aseguradora de salud; por lo cual usted resultaría siendo el responsable por el balance de pago no recibido por su seguro de salud. Como cortes1a, nuestra oficina enviara los cargos a la compa1a de seguro y es su total responsabilidad que la oficina reciba pago tan pronto sea posible. Es necesario sostener comunicaci3n constante con su seguro de salud para asegurarse que esta haciendo los pagos como es debido. ****Recuerde, el cubrimiento de servicios de salud es un contrato hecho entre usted y su compa1a de seguro m1dico, y tal compa1a determina la elegibilidad y cantidad de servicios que usted es elegible para recibir basado en el plan de salud que usted haya elegido, las cl1usulas y cubrimiento. Usted es ABSOLUTAMENTE responsable de saber y entender todas las estipulaciones de su contrato con el seguro de salud**.**

PACIENTES DE MEDICARE: Nuestra oficina enviara los cargos a medicare al igual que a su plan secundario de salud. En caso de que no recibimos un pago del secundario entre los 45 d1as desde el d1a que se inicio el cargo; usted ser1 notificado y podr1a hasta ser responsable de cubrir dicha suma. De ser as1, usted ser1 totalmente responsable de contactar su plan de seguro para que le reembolsen dicha suma.

Pacientes Sin Seguro: (Esta categor1a incluye pacientes que no poseen cobertura m1dica o aquellos pacientes que posee un plan de indemnizaci3n a los cuales se submitiran los cargos m1dicos). Todo pago por servicios m1dicos prestados debe ser cancelados en su totalidad el d1a de su cita. si no puede pagar por los servicios el d1a de su cita; usted debe comunicarse con nuestra oficina antes del d1a para consultar una alternativa de pago posible. Aceptamos VISA, MASTERCARD, DISCOVER, Money Orders y Efectivo.

Balances y Estados de cuenta: Si usted tiene un balance en su cuenta y no se ha recibido pago por este, usted ser1 enviado un estado de cuenta. En caso tal no pueda cancelar la totalidad, estaremos disponibles para asistirle con un plan de pago de ser necesario. Nuestra oficina requiere que todo balance se cancele en un periodo de 12 meses. EFECTIVO Junio 1, 2011, habr1 un cobro de 5% a toda cuenta que exceda este tiempo establecido. Despu1s de 3 notificaciones y si no establece comunicaci3n

con nuestra oficina; su cuenta será enviada a una agencia de colecciones y cualquier comunicación será con la agencia.

Cheques Devueltos sin fondos: Todo cheque que sea devuelto a nuestra oficina por fondos insuficiente, pago cancelado o cuenta bancaria cerrada estará sujeto a un cargo de \$ 35.00. De ser así, solo aceptaremos pagos en forma de efectivo o tarjeta de crédito. Tal pago Debe ser recibido en nuestra oficina en los siguientes 10 días desde la notificación, de otra manera estará sujeto a ser enviado a una agencia de colección.

Petición de historial clínico: usted debe requerir petición por escrito siguiendo las regulaciones. Debido a el gasto que esto implica para nuestra oficina, usted será cargado con un razonable costo de \$1.00 por hoja por las primeras 25 páginas, \$0.25 por cada pagina restante. De necesitar una copia conteniendo imagines de diagnósticos en nuestras oficinas, usted será responsable por un cargo de \$35.00.

Cargo a pacientes por inasistencia a cita (s) y/o Diagnósticos: pacientes que no se comuniquen con nuestra oficina informando la razón por no asistir la cita(s), diagnósticos u otros en un periodo mínimo de 32 hora antes de la cita, tendrán una multa de \$ 50.00 por citas médicas y \$150.00 por cualquier cita para estudios diagnósticos.

Equipo: Una vez el paciente sea administrado con un monitor Holter/MCOT e inmediatamente abandone nuestra oficina es COMPLETAMENTE responsable por el equipo médico, todos los pacientes son requeridos de devolver el equipo en las siguientes 24 horas después de haber culminado con el tratamiento del monitor holter/MCOT. **En Caso tal que paciente no coopere con las instrucciones, resultara una multa de \$50.00 por día que el equipo tarde en ser devuelto a la oficina.** Se les pide gratamente que cooperen con las instrucciones ya que el no tener los equipos disponibles dificultad y pone en riesgo el tratamiento de otros pacientes. **En caso el equipo (Monitor) haya sufrido daños, no sea devuelto o ha sido extraviado; el paciente deberá pagar la cantidad de \$3,500.00.**

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con el establecido anteriormente o con una de las reglas de nuestra oficina, por favor comuníquese con uno de nuestros representantes antes de su cita (s).

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



POLITICAS DE ORLANDO HEART and VASCULAR CENTER, LLC.

La Póliza de Ausencia y Cancelación

Tenga en cuenta que nuestra póliza de cancelación y reprogramación tardía exige que los pacientes deben notificar a nuestra oficina **24 HORAS ANTES** de la fecha de su cita. Los pacientes que cancelen o reprograman procedimientos venas, Cath lab, PET o del hospital deben notificar **UNA SEMANA ANTES** de su cita programada. Si no se notifica a nuestro personal dentro del plazo asignado, se generará una tarifa adicional como se especifica a continuación

Debe hablar verbal con una persona. Los mensajes que quedan en nuestro correo de voz y nuestro servicio de respuesta no son insuficientes. *

Tarifas de Ausencia:

A los pacientes que "**no se presenten**" para su cita o para un **ABI** se les cobrará un Fee de **\$50.00.**

Los pacientes que "**se retiran**" de su cita perderán su copago e incurrirán en un Fee de **\$50.00.**

Se aplicará un Fee de **\$150.00** por no cumplir con las citas diagnósticos. Estos procedimientos nos obligan a comprar Materiales desperdiciados, reservar tiempo y programar personal para el servicio. Estos suministros NO son reembolsables. Esto incluye las siguientes pruebas:

- Ultrasonidos (ECHO, CAROTID DOPLER, VENOUS DOPPLER, Arterial, etc.)
- Walking Stress Test, Nuclear Stress Test, Pescan.
- Cualquier otro estudio de diagnóstico realizado en nuestra oficina.

El hecho de no presentarse a una cita ambulatoria al Cath Lab o cancelar / reprogramar dentro del tiempo asignado de una semana antes generará una tarifa de **\$300.00.**

Si no se presenta a las citas hospitalarias con nuestros proveedores o cancela / reprograma dentro del tiempo asignado de una semana antes, incurrirá en una tarifa de **\$100.00.**

Se requiere un **depósito de \$ 100.00** para reservar el tiempo de su cita para un procedimiento venoso. Si necesita cancelar su procedimiento, **DEBE** hacerlo dentro de un **mínimo de 5 días antes de la fecha del procedimiento**. Si no cancela / reprograma su procedimiento dentro de este plazo, **perderá su depósito**. Si reprograma, tendrá que depositar otro depósito, si perdió su depósito por no cumplir con el cronograma mencionado anteriormente. Si no cancela dentro del tiempo asignado, perderá su depósito. De lo contrario, se le devolverá el día del procedimiento, o después de que todos sus procedimientos hayan finalizado.

USO DE TECNOLOGIA

De acuerdo con la Ley del estado de la Florida se prohíbe grabar dentro de las oficinas medicas sin el previo consentimiento del médico proveedor. Grabar notas de voz o video puede llegar a ser considerado Violación de la privacidad de otros pacientes (HIPPA Violation). El Paciente deberá informar y obtener consentimiento del médico proveedor si desea grabar un video o audio de voz. Grabar videos y/o notas de voz esta estrictamente prohibido durante las horas de oficina.

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta seguir la póliza de nuestra oficina con respecto a nuestras tarifas de no presentación/cancelación, y también sobre el uso de la tecnología dentro de Orlando Heart and Vascular Center, LLC.

NOMBRE DE PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DE PACIENTE: _____



Autorización para Proveer Historial Clínico

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__ SS#: ____-____-____

Doy autorización para que Orlando Heart and Vascular Center, LLC (CIRCULE SOLO UNA OPCION)

___ Obtenga mi historial clínico de: _____

___ Provea mi Historial clínico a: _____

Historial clínico Requerido:

☐ Office Visits ☐ Labs ☐ Stress ☐ Echo ☐ EKG ☐ Cath ☐ Holter ☐ All Records

Nombre de la persona o oficina a recibir la información:

Dirección: _____

Tel: _____ FAX: _____

Yo Autorizo Orlando Heart & Vascular Center, LLC para que provea todo mi historial clínico (incluido mas no limitado, información en referencia a condiciones psiquiátricas, problemas celulares anémicos, abuso de alcohol, drogas y virus de inmunosuficiencia (HIV) o cualquier tipo de enfermedades de transmisión) requerido por mi compañía de seguro, medicare o cualquier otra compañía requiriendo información. Autorizo a Orlando Heart & Vascular Center, LLC de proveer mi historial clínico a mi Medico Primario (PCP) y los médicos que actualmente me tratan. Autorizo Orlando Heart & Vascular Center, LLC a contactar mi seguro de salud u administrador de mi plan para obtener toda la información necesaria sobre mi responsabilidad financiera, cobertura y pagos de mi plan de salud.

Entiendo y acepto que estas provisiones permanecerán en total efecto a no ser que un previo requerimiento por escrito sea sometido a Orlando Heart & Vascular Center, LLC para la revocación del mismo.

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIA LEGAL: _____ **FECHA:** _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HIPPA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SSN: ____ - ____ - ____ Número Telefónico: _____

Por lo presente autorizo el uso o divulgación de información médica protegida sobre mí como se describe a continuación.

1. La siguiente persona / clase específica de persona / Clínica está autorizada a usar o divulgar información sobre mí:

La siguiente persona (o personas de clase) puede recibir divulgación de información de salud protegida sobre mí:

Dirección: _____

2. La información específica que debe divulgarse es (indique las fechas de servicio si es posible):

A MENOS QUE FIRME AQUÍ, NO SE REVELARÁ INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE ALCOHOL / SUSTANCIAS, VIH / SIDA O SALUD MENTAL:

SI, Revelar esta Información* _____

No, Puede revelar esta información* _____

3. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de persona o instalación que la recibe y que ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.
4. Puedo revocar esta autorización notificando a Orlando Heart & Vascular Center, LLC, por escrito, mi deseo de revocar. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado en virtud de esta autorización no se puede revertir, y mi revocación no afectará esas acciones.
5. Mi propósito / uso de la información es para _____.
6. Esta autorización vence en _____, 20____, o cuando se produce el siguiente evento que se relaciona conmigo o con el propósito del uso previsto o la divulgación de información sobre mí:

_____.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETAMENTE COMPLETO ANTES DE FIRMAR: tenga en cuenta que se requiere firma en dos lugares. *

Firma del Paciente* Fecha de Firma Fecha de Nacimiento o SSN

Firma de Representante Fecha de Firma Descripción de la autoridad



HIPAA – CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE LA DIVULGACION DE INFORMACION Y PROTECCION DE RECORDS MEDICOS (PHI)

Reconozco que **ORLANDO HEART AND VASCULAR CENTER, LLC** me ha proporcionado y explicado el “Aviso de prácticas de privacidad”, y doy mi consentimiento para el uso y divulgación de Protect Health Information según lo requiera y/o permita la ley.

Nombre del Paciente: *(por favor escriba)*

Firma del Paciente *(o representante legal; Prueba podrá ser requerida)*

Fecha:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ATRAVES DEL CORREO ELECTRONICO(EMAIL)/MENSAJE DE TEXTO VIA CELULAR.

Propósito: Este formulario sera utilizado para obtener el consentimiento en caso de que tengamos la necesidad de comunicarnos con usted a través de correo electrónico(email) o mensaje de texto vía célula acerca de su información médica protegida (Protected Health Information). **Orlando Heart & Vascular Center, LLC** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicarse con ellos a través de Email/Mensaje telefónico. Tenga en cuenta que transmitir información con este método tiene muchos riesgos, por eso se les alienta a primero pensarlo antes de Darnos el consentimiento para mandar información a través de email;/Mensajes de texto por esas razones. **OHVC** utilizara métodos razonables para proteger la seguridad del récord médico. **OHVC** no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico/mensaje de texto móvil y no será responsable por la divulgación involuntaria de información confidencial.

Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Mi correo electrónico de consentimiento es:

Mi número de móvil autorizado para mensajes de texto es:

Firma del paciente:

Fecha:

En caso de Emergencia: *Por favor llame al 911 o vaya a la sala de emergencia cerca de donde usted se encuentre.*

*****NO UTILICE ESTE METODO DE COMUNICACIÓN SI SE ENCUENTRA EN UNA EMERGENCIA MEDICA.*****