

**FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE**



DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF ENDOCRINOLOGY, DIABETES & METABOLISM  
PHONE: (813) 876-3636 FAX: (813) 870-0077

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SOC.SEC. \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

FEMENINA \_\_\_\_\_ MASCULINO \_\_\_\_\_ CASADO \_\_\_\_\_ SOLTERO \_\_\_\_\_ DIVORCIADO \_\_\_\_\_ VIUDO \_\_\_\_\_

FAMILIAR MAS CERCANO \_\_\_\_\_

RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

REFERIDO POR \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

ALERGIAS \_\_\_\_\_

NOMBRE DE FARMACIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**RETRIBUCION DE BENEFICIOS.**

**YO AUTORIZO A BAY AREA ENDOCRINOLOGY A COBRAR DIRECTAMENTE DE MEDICARE O MEDICAID U OTRO PLAN DE SALUD. LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS EN EL CURSO DE MI TRATAMIENTO. ALGUN SERVICIO NO PAGADO POR MI SEGURO O PLAN DE SALUD SERA PAGADO POR MI YO AUTORIZO A BAY AREA ENDOCRINOLOGY A PROCEDER LEGALMENTE EN EL COBRO DEL COSTO DE LOS SERVICIOS DE UNA TERCERA PARTE A TRAVES DE CUALQUIER FORMA EN CASO NECESARIO. YO RECONOSCO QUE MEDICARE O MEDICAID TIENE CIERTOS PAGOS QUE DEBO HACER POR VISITAS.**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS Y EXAMENES.**

**YO AUTORIZO TRATAMIENTOS Y EJECUCION EN MI (ESTE PACIENTE ES EL GUARDIAN LEGAL) DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICADOS TALES COMO LABORATORIOS, BIOPSIAS, Y OTROS REQUERIDOS. YO TAMBIEN AUTORIZO LA EJECUCION DE PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS, TALES COMO CIRUJIA MENOR, INYECCIONES U OTRAS FORMAS TERAPEUTICAS.**

**CONSENTIMIENTO PARA CEDER INFORMACION.**

**YO AUTORIZO A CEDER INFORMACION CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE MEDICO ADQUIRIDA A TRAVES DE MI RECONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO A SEGUROS, PLANES DE SALUD Y OTROS PROVEEDORES.**

**\*UNA FOTOCOPIA DE ESTOS CONSENTIMIENTOS SERA VALIDA COMO LA ORIGINAL.**

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DE TESTIGO \_\_\_\_\_



DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF ENDOCRINOLOGY, DIABETES & METABOLISM

PHONE: (813) 876-3636 FAX: (813) 870-0077

Under Florida Law, physicians are generally required to carry medical malpractice insurance or demonstrate financial responsibility to cover potential claims for malpractice. **BAY AREA ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES HAS DECIDED NOT TO CARRY MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE.** This is permitted under Florida law under certain condition. Florida law imposes penalties against non-insured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of medical malpractice. This notice is provided pursuant Florida law.

De acuerdo a la ley de la Florida, se requiere generalmente que los médicos tengan seguro de malpractica o demuestre responsabilidad financiera para cubrir sentencia por malpractica medica. **BAY AREA ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES HA DECIDIDO NO TENER SEGURO DE MALPRACTICA.** Esto es permitido bajo ciertas condiciones. La ley de la Florida impone penalidades a los médicos no asegurados que no pueden satisfacer sentencias adversas por actos de malpractica.

Patient's name \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

Patient signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

Witness \_\_\_\_\_



DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF ENDOCRINOLOGY, DAIBETES & METABOLISM  
PHONE: (813) 876-3636 FAX: (813) 870-0077

## **NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTAMOS OBLIGADOS POR LA LEY A NOTIFICARLE NUESTRAS PRACTICAS EN MATERIA DE PRIVACIDAD, NUESTRAS OBLIGACIONES, Y SUS DERECHOS COMO PACIENTE EN CUANTO A INFORMACION SOBRE SU SALUD.**

### Usos y Divulgaciones de la Información sobre su Salud.

- Tratamiento
- Pago
- Operaciones de Asistencia Sanitaria
  
- Como rutina usamos la información sobre su salud dentro de nuestra oficina médica para estos fines sin necesidad de un permiso especial. Divulgaciones de su información médica fuera de nuestros parámetros requiere su autorización por escrito.
- En casos no de emergencia no se le comunicara información sobre su salud a miembros de su familia sin una autorización firmada por usted.
- La ley nos permite divulgar información sobre su salud a las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de presuntos casos de abuso, negligencia, o violencia en el hogar.
- Usted puede pedir, ver, u obtener fotocopias de su expediente medico con algunas excepciones. Haga su petición por escrito, nuestra oficina se reserva el derecho de cobrarle por dichas fotocopias, al igual que franqueo.
- Usted puede pedirnos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones de la información sobre su salud por escrito.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

