



FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

EMR# _____ Como se entero sobre nosotros _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ 2nd Nombre (iniciales): _____

Nombre Preferido: _____

Dierccion: _____ Direccion 2: _____
(si su direccion es un PO Box, incluya su calle como direccion #2)

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Numero de
Celular: _____

Sexo : Masculino Femenina Estado Marital: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo

Fecha de Nacimiento: _____ Social Sec: _____ # de Licencia: _____ Estado: _____

E-mail: _____ Me gustaría recibir correspondencia vía email

Estado de Empleo: Full Time Part Time Retirado

Empleo: _____ Telé-ono: _____

Dirección de Empleo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Estado Estudiantil: Full Time Part Time Escuela: _____

Farmacia Preferida: _____ Teléfono: _____

Contactos de Emergencia:

Nombre y Apellidos _____	# de Teléfono _____	Relación _____
Nombre y Apellidos _____	# de Teléfono _____	Relación _____
Nombre y Apellidos _____	# de Teléfono _____	Relación _____
Nombre y Apellidos _____	# de Teléfono _____	Relación _____

RETRIBUCIÓN DE BENEFICIOS

Yo autorizo a **BAY AREA ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES** a cobrar directamente de Medicare o Medicaid u otro plan de salud los pagos por los servicios médicos prestados en el curso de mi tratamiento. Algún servicio no pagado por mi plan y seguro de salud será pagado por mí. Yo autorizo a **BAY AREA ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES** a proceder legalmente en el cobro del costo de los servicios de una tercera parte a través de cualquier forma en caso necesario. Yo reconozco que Medicare o Medicaid tiene ciertos pagos que debo hacer por visitas.



CONSENTIMIENTO PARA FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

Doy mi consentimiento para que Bay Area Endocrinology Associates LLC (BAEA, LLC) use o divulgue mi información de salud protegida con el propósito de diagnosticar o proporcionar tratamiento para mí, obtener el pago de mis facturas de atención médica o realizar atención médica operaciones de Bay Area Endocrinology Associates LLC. Entiendo ese diagnóstico o el tratamiento de mí por Bay Area Endocrinology Associates LLC puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

Mi "información de salud protegida" significa información de salud, incluidos mis datos demográficos, información recopilada de mí y creada o recibida por un médico u otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o una cámara de compensación de atención médica. Esta información de salud protegida se relaciona con mi salud, condición física o mental pasada, presente o futura y me identifica, o hay una base razonable para creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de privacidad de Bay Area Endocrinology Associates LLC antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirá en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de operaciones de atención médica de Bay Area Endocrinology Associates LLC. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Bay Area Endocrinology Associates LLC también se proporciona en 4816 N Armenia Ave Tampa FL, 33603. Este Aviso de Las prácticas de Privacidad también describen mis derechos y las obligaciones de Bay Area Endocrinology Associates LLC con respecto a mi información de salud protegida. Bay Area Endocrinology Associates LLC se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad. La práctica de privacidad de Bay Área Endocrinology Associates LLC se me puede proporcionar solicitando por escrito a Bay Area Endocrinology Associates LLC o solicitar una en el momento de mi próxima cita.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que la facturación del seguro es un servicio proporcionado como cortesía y que estoy todas las veces financieramente responsable ante Bay Area Endocrinology Associates LLC (BAEA, LLC) o sus entidades afiliadas por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es responsabilidad notificar a BAEA, LLC sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos seguro exacto los beneficios no pueden determinarse hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura completa o saldo de la factura según lo determinado por BAEA, LLC y / o mi aseguradora de atención médica si se rechaza el pago de las reclamaciones presentadas o de alguna parte de ellas. Yo entiendo que, al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera como se explicó arriba para todos los pagos por servicios médicos y / o suministros recibidos.

INICIALES: _____



ASIGNACIONES DE BENEFICIOS

Autorizo el envío directo del pago de todos los beneficios del seguro, incluido Medicare, si soy un beneficiario de Medicare, a Bay Area Endocrinology Associates LLC (BAEA, LLC) para todos los cubiertos Servicios y suministros médicos que se me proporcionaron durante todos los cursos de tratamiento y atención proporcionado por BAEA, LLC y / o sus entidades afiliadas o de otra manera bajo su dirección. Entiendo y acepto que esta Cesión de beneficios constituirá una autorización continua, mantenida en el archivo de BAEA, LLC, que autorizará y permitirá el pago directo a BAEA, LLC de todos los beneficios de seguro aplicables y elegibles para todos los tratamientos posteriores y continuos, servicios, suministros y / o atención que me proporciona BAEA, LLC.

ACUERDO DE RECIBO DE LAS NOTICIAS DE PRIVACIDAD DE PRACTICA

Reconozco que puedo recibir una copia del Aviso de Asociados de Endocrinología del Área de la Bahía de Prácticas de privacidad, que describe cómo BAEA, LLC usará y protegerá mi salud información. Este Aviso describe mis derechos bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y La Ley de Responsabilidad (HIPAA) y las políticas de Bay Area Endocrinology Associates sobre el uso y divulgación de mi información de salud protegida.

Bajo las Leyes de la Florida, por lo general, se requiere que los médicos tengan un seguro de negligencia médica o demuestren la responsabilidad financiera para cubrir posibles reclamos por negligencia. **BAY AREA ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES HA DECIDIDO NO TENER SEGURO DE NEGLIGENCIA MÉDICA.** Esto está permitido bajo la ley de florida bajo ciertas condiciones. Florida impone impuestos a los Médicos no asegurados que no cumplen con los juicios adversos que surgen de los reclamos de negligencia médica.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigos: _____



DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF ENDOCRINOLOGY, DIABETES & METABOLISM

4816 North Armenia Ave, Tampa FL, 33603.

CELULAR: (813) 876-3636 | FAX: (813) 870-0077

2412 Cypress Glen, Suite #101. Wesley Chapel, FL 33544

CELULAR: (813) 562-0342 | FAX: (813) 701-2274

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA

A LA ATENCIÓN DE:

Nombre del paciente: _____ Apellidos: _____ IM _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social: ____-____-____

Por la presente autorizo a la instalación mencionada con anterioridad a entregar copias de mis registros médicos a **BAY AREA ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES** con el propósito de ayudar en el cuidado y tratamiento de mis afecciones médicas.

Yo autorizo la divulgación de información que cubra las fechas actuales de tratamiento desde _____ hasta _____ incluyendo _____.

Por la presente libero a dicha instalación de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado de mi autorización para divulgar los registros anteriores. Esta autorización cubre todos mis registros médicos y tratamientos durante las fechas indicadas.

Firma del Paciente (o persona persona a consentir
para un menor o paciente que no puede firmar debido
a una incompetencia física o mental)

Fecha



4816 North Armenia Ave. Tampa FL, 33603
PHONE: (813) 876-3636 | FAX: (813) 870-0077

HISTORIAL PERSONAL Y EVALUACION DE SALUD DE LOS PAIENT

Nombre del Paciente: _____

RAZÓN DE SU VISITA AL ENDOCRINÓLOGO: _____

HISTORIA PASADA (PERSONAL)

¿Ha tenido usted alguna de estas enfermedades?
Por favor marque.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ataque Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueno | <input type="checkbox"/> Cáncer de Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Uso Prologado de esteroides | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Úlceras de Estomago |
| <input type="checkbox"/> Túnel Carpiano | <input type="checkbox"/> Sangrado Abdominal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Tumores Adrenales | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Potasio (Alto o Bajo) |
| <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Ulcera en los Pies | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de Laser en Ojos | <input type="checkbox"/> Enfermedad en Riñones | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Tumores en el Cerebro/Pituitario | <input type="checkbox"/> Cirugía Baipás | <input type="checkbox"/> Piedras en Riñones |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Azúcar Baja | <input type="checkbox"/> Calcio (Alto o Bajo) |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Masa en el Cuello | <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad No Mencionada |
| <input type="checkbox"/> Otras Enfermedades de Corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Vitamina D Baja | |
| <input type="checkbox"/> Asma | | |

Casado ()

Soltero ()

Divorciado ()

Separado ()

Viudo ()

HABITOS PERSONALES

1. Has fumado alguna vez Si No · Has masticado tabaco alguna vez Si No # de años _____
 · ¿Eres un fumador habitual ahora? Si No · Si no, cuando lo dejaste _____
 · Numero de cigarrillos por día _____ Cigarrillos Pipa · Por cuantos años fumas o has fumado _____

2. Selecciona si bebes regularmente:

· Licor: 1-3oz por día · Mas de 3oz por día · Cerveza -1 botella diaria · Cerveza -2 botellas diarias
 · Cerveza -3 botellas o más diarias · Vino -1 copa diaria · Vino -2 copas diarias · Vino 3 botellas diarias o mas

3. Alguna vez ha usado alguno de los siguientes?:

· Marijuana · LSD · Heroína · Cocaína · Otro _____

OPERACIONES:

Liste e indique la fecha y año aproximado

HERIDAS SERIAS: (DIFERENTE A LO ANTERIOR)

Liste heridas y fecha aproximada:

HOSPITALIZACIONES: (ADEMAS DE OPERACIONES)

Liste fechas aproximadas y razones

VISITAS AL ER O CLÍNICAS DE URGENT CARE:

(DIGA FECHA APROXIMADA Y RASONES)

TRATAMIENTOS DE RADIACION: _____

HISTORIAL FAMILIAR	CIRCULE EL SEXO	SI ESTAN VIVOS		SI ESTAN FALLECIDOS	
		EDAD	SALUD	EDAD DE FALLECIMIENTO	CAUSA
PADRE					
MADRE					
HERMANAS/HERMANOS	M/F				
	M/F				
	M/F				
	M/F				
	M/F				
ESPOSA/ESPOSO					
HIJOS/HIJAS	M/F				
	M/F				
	M/F				
	M/F				
	M/F				

REVISION DE SISTEMAS

¿Ha experimentado usted alguno de estos síntomas en los últimos 3 meses constantemente, más de 2-3 veces por semana? Marque todas las respuestas Si y deje en blanco todas las respuestas NC, si no está seguro marque con ¿

SKIN

- picazón
- Marcas en la piel
- aumento del sudor
- Piel grasosa
- Bulto o crecimiento en la piel
- Ulceras en los pies/piernas
- Ganglios Linfáticos inflamados
- Cambio en el color de la Piel
- Palidez/Enrojecimiento Facial
- Estrías Purpuras

OJOS

- Usa espejuelos
- Glaucoma
- Cambio en la visión
- Dolor en los ojos
- Conjuntivitis

NARIZ/GARGANTA

- Voz ronca
- Sangrado de nariz
- Problema de Sinusitis
- Nariz que moquea
- Llagas en la boca
- Cambio de Voz
- Opresión en el Cuello

SENOS

- Terron
- Secreción
- Dolor

MUSCULO/ESQUELETO

- Huesos rotos
- Dolor de espalda
- Dolor de Huesos
- Dolor de Músculos
- Debilidad de Musculo

DIGESTIVO

- Poco Apetito
- Nausea/Vomito
- Vomito con Sangre
- Sangre en la Excreta
- Diarrea
- Estreñimiento
- Excreta negra
- Ictericia/Jaundice

- Ulceras en el estomago
- Hemorroides
- Acides
- Dificultad Tragando
- Dolor de Estomago

GENITOURINARIO

- Dificultad orinado
- Dolor al Orinar
- Sangre en la Orina
- Secreción (Vaginal/pene)
- Orina Constantemente
- Disfunción eréctil

ENDOCRINO

- Mucha Sed
- Tiembla Mucho
- Secreción Del Pezo
- Disminución del Libido
- Intolerancia de Frio/Calor
- Cambios de Cabello
- Aumento de Senos(hombre)

NEUROLÓGICO

- Convulsiones/Epilepsia
- Migrañas
- Dolores de Cabeza frecuentes
- Desmayos
- Mareos
- Insomnio
- Depresión
- Derrame/Parálisis
- Nerviosismo
- Dificultad durmiendo

GENERAL

- Fiebre
- Fatiga
- Debilidad
- Moretones con facilidad
- Sudor de Noche
- Anemia
- Cáncer
- Pérdida de Peso
- Gano de Peso

CORAZÓN/PULMONES

- Dolor de Pecho
- Dificultad para Respirar
- Sangre en el septum
- Tos
- Palpitaciones
- Sonido Silbante
- Latido Cardíaco Inusual
- Ataque al Corazón
- Tobillos Hinchados
- Murmullos
- Fiebre Reumática
- Neumonía
- Enfisema



Medicamentos

NOMBRE CADA MEDICAMENTO, INCLUYENDO INSULINA, ASI COMO LA DOSIS Y LAS VECES QUE LO TOMA.

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>

¿Es usted alergico a algún medicamento? SI NO

Si lo es, diga el nombre del medicamento y su reacción:

Medicamento	Reaccion

COMENTARIOS DEL PACIENTE:
