



**PACIENTE
PAQUETE DE INFORMACIÓN**

MetroHealth of MetroWest
6150 MetroWest Blvd • Ste. 307
Orlando, FL 32835
Phone: 407-294-1014
Fax: 407-294-3316

Nombre del paciente: (apellido, nombre) _____

Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer Estado civil: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

Seguridad Social #: _____

Lugar de empleo: _____ Ocupación: _____

Información del seguro

Nombre del seguro: _____

ID #: _____ Group #: _____

Dirección del seguro: _____

Teléfono del seguro: _____

Si no es su seguro, por favor pon la información de los titulares de pólizas a continuación.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empresa: _____

Dirección: _____

Información de su Contactos

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono móvil: _____

¿Tiene un testamento vital, una directiva avanzada o un poder notarial duradero para la atención médica?

Sí No

Firma del paciente

Fecha

¿Cuál es su razón por visitar?

Historia social

El consumo de tabaco: No Sí
Cantidad de cigarrillos por día _____

El consumo de drogas: No Sí
Por favor explique: _____

Uso de alcohol: No Sí
Cantidad de tragos por día _____

Historia familiar

Niños (Enumere edad, sexo, y estado de salud) _____

Edad y salud (Si falleció, edad y causa de muerte)

Madre _____

Padre _____

Hermana (s) _____

Hermano (s) _____

Alergias

Alimentos (Mariscos): _____

Historia del Asma: _____

Medicina (Aspirina): _____

Sin alergias: _____

Medicamentos y Suplementos

Indique el nombre, la dosis, la marca y las instrucciones:

Historia pasada - Operaciones / Hospitalizaciones

Año	Hospital	Tipo de cirugía	Médico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



**Consentimiento para fine
de tratamiento, pago y
operaciones de atención médica**

MetroHealth of MetroWest
6150 MetroWest Blvd • Ste. 307
Orlando, FL 32835
Phone: 407-294-1014
Fax: 407-294-3316

_____ Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por **MetroHealth of MetroWest** con el fin de diagnosticarme o brindarme tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica de **MetroHealth of MetroWest**. Entiendo ese diagnóstico o tratamiento de mí por **Cesar Quilllan, M.D., Lisa Pattanayak, M.D., and/or Felicia Jacob, M.D., FACP**, puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

_____ Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción a cómo se usa o divulga mi información médica protegida para llevar a cabo mi tratamiento o operaciones de atención médica de la práctica. **MetroHealth of MetroWest** no está obligado a aceptar las restricciones que puedo solicitar. Sin embargo, si **Cesar Quilllan, M.D., Lisa Pattanayak, M.D., and/or Felicia Jacob, M.D., FACP**, acepto una restricción que solicito, la restricción es vinculante para **MetroHealth of MetroWest** y **Cesar Quilllan, M.D., Lisa Pattanayak, M.D., and/or Felicia Jacob, M.D., FACP**.

_____ Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que **MetroHealth of MetroWest** y **Cesar Quilllan, M.D., Lisa Pattanayak, M.D., and/or Felicia Jacob, M.D., FACP**, ha tomado medidas confiando en este consentimiento. Mi información de salud protegida significa información de salud que incluye mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por un médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o una cámara de compensación de atención médica. Esta información de salud protegida relacionada con mi condición de salud 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 **MetroHealth of MetroWest** de prácticas de privacidad antes de firmar este documento. El aviso de prácticas de privacidad han sido previsto. El aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas **el desempeño de las operaciones de atención médica de MetroHealth of MetroWest**.

Una copia de la práctica de privacidad está en una carpeta en el área de espera. **MetroHealth of MetroWest** reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el aviso de prácticas de privacidad. Puedo obtener una copia de las prácticas de privacidad llamando a la oficina y solicitando que se envíe una copia revisada por correo o solicitando una copia al momento de mi cita.

Nombre del Paciente / Representante

Firma del Paciente / Representante

Fecha

Reconozco y acepto que la práctica [**MetroHealth of MetroWest**] puede divulgar mi información protegida y la información de mi historial médico a las siguientes personas que son miembros de mi familia, representante legal, tutores, sustituto de atención médica o tienen poder notarial en mi nombre.

Nombre	Relación	Numero de Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Acepto y consiento que la práctica me envíe información de la siguiente manera alternativa. (Inicialice los espacios apropiados a continuación)

_____ Por correo ordinario con cualquier sobre marcado como personal y confidencial y dirigido a mí.

_____ Por teléfono, si me pongo en contacto con el consultorio [**MetroHealth of MetroWest**] y proporcionar la información adecuada (incluyendo mi nombre, número de seguro social o identificador personal único).

_____ Por fax a mi número de fax designado, que es: _____
En todo momento conserva el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación debe ser presentada a la práctica [**MetroHealth of MetroWest**] escrito. La revocación será efectiva excepto en la medida en que la práctica [**MetroHealth of MetroWest**] ya ha tomado medidas establecidas en el consentimiento anterior.

Nombre del Paciente / Representante

Firma del Paciente / Representante

Fecha

Enumere a continuación todos los médicos anteriores.

Asegúrese de incluir el nombre, la dirección, o el número de teléfono y fax del médico:

Nombre	Dirección	Teléfono	Fax

Cuando una persona se vuelve incapaz de tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considera incapacitada. Para asegurarse de que las decisiones de una persona incapacitada acerca de la atención médica aún se respeten, la legislatura de Florida promulgó una legislación relacionada con las instrucciones anticipadas de atención médica (Capítulo 765, Estatutos de la Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente a hacer una directiva anticipada que instruya a su médico a proporcionar, retener o retirar los procedimientos que prolongan la vida; designar a otra persona para que tome decisiones de tratamiento si la persona no puede tomar sus propias decisiones; y / o para indicar el deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte.

Una directiva avanzada es una declaración escrita o oral sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo y / o expresar su deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas hacen instrucciones anticipadas cuando se les diagnostica una enfermedad potencialmente mortal. Otros ponen sus deseos por escrito mientras están sanos, a menudo como parte de su planificación patrimonial.

Nombre del Paciente

Fecha nacimiento

Para cuidarlo, es importante que sepamos si ha abordado cualquier inquietud médica con una directiva médica avanzada. ¿Tiene alguno de los siguientes:

1. Un Testamento Vital Sí No
2. Un Sustituto de Atención Médica Sí No
3. No Resucitar Sí No
4. Poder Legal Sí No

¿Le interesaría obtener información sobre cómo abordar una directiva anticipada?

Información dada: _____

Fecha: _____

Obtenga copias de las instrucciones anticipadas para el cuadro del paciente.

Si el paciente no desea discutir o obtener información sobre las instrucciones anticipadas en este momento, pídale que firme y ponga la fecha aquí:

Firma del Paciente

Fecha



**Autorización de revisión /
Liberación de Información de su Sa-
lud Protegida (registros médicos)**

Yo, _____ por la presente autorizo a **Metro Health of MetroWest**
PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

- Permitir revisión (registros abiertos y cerrados)
 Publicar copias _____ de la historia clínica de _____
PACIENTE

Hacia / desde _____
Nombre del Individuo, Instalación de Salud o Agencia

Dirección / Ciudad / Estado _____ Teléfono / Fax _____

A fin de: Tratamiento Continuo Records Personales Otro

Fecha de Servicio Desde: _____ A: _____

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____
Si no especifico un evento o condición de vencimiento, la autorización vencerá en un (1) año. Entiendo que esta autorización es revocable mediante notificación por escrito a la oficina donde se retiene la autorización original, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas sobre esta autorización, la información de salud mental, alcohol, drogas, VIH y / o SIDA está confidencialmente protegida. Por las leyes federales y estatales que prohíben la divulgación sin autorización específica por escrito del suscrito, o según lo permitan dichas regulaciones. Solicito además que no se divulgue información de asesoramiento / pruebas genéticas en mi registro sin mi autorización por escrito, excepto que la ley exija lo contrario. Entiendo que puedo seleccionar la información de la lista que se publicará colocando mis iniciales en el espacio provisto. Además, entiendo que la divulgación de información de mis registros conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada de mi información de salud. Además, Metro Health de Orlando no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago e inscripción en el plan de salud, o la elegibilidad para beneficios en la provisión de esta autorización.

Coloque un cheque por cada artículo que se publicará o revisará

- Registros Completos Todos los resultados de las pruebas Informes de Patología
 Registros de Terapia de diagnóstico Otra (especificar): _____
 Registros Abstractos Consulta / Nota (s) de Progreso _____
 Solo Laboratorios

Además, coloque un cheque por cada artículo específico: (si es aplicable)

- Mental Drogas y / o Alcohol Asesoramiento genetico Información sobre
VIH / SIDA

Paciente / Representante Legal o Tutor Legal _____

Fecha de Autorización _____ Fecha de nacimiento _____

Últimos cuatro del número de Seguro Social _____ Identificación Mostrada _____

Por favor no me envíen más de 20 páginas. Si tiene más de 20, envíenlo por correo. ¡Gracias!