



**PACIENTE  
PAQUETE DE INFORMACIÓN**

**MetroHealth of Conway**  
4711 Curry Ford Road  
Suite C  
Orlando, FL 32812  
Phone: 407-259-4646  
Fax: 407-259-4828

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 fines  
de tratamiento, pago y  
operaciones de atención médica**

**MetroHealth of Conway**  
4711 Curry Ford Road  
Suite C  
Orlando, FL 32812  
Phone: 407-259-4646  
Fax: 407-259-4828

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por **MetroHealth of Conway** 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 Conway**. Entiendo ese diagnóstico o tratamiento de mí por **Stephen Quaning, M.D.**, 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 Conway**. no está obligado a aceptar las restricciones que puedo solicitar. Sin embargo, si **Stephen Quaning, M.D.**, acepto una restricción que solicito, la restricción es vinculante para **MetroHealth of Conway** y **Stephen Quaning, M.D.**

\_\_\_\_\_ Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que **MetroHealth of Conway** y **Stephen Quaning, M.D.** 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 Conway** 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 o el desempeño de las operaciones de atención médica de **MetroHealth of Conway**. Una copia de la práctica de privacidad está en una carpeta en el área de espera. **MetroHealth of Conway** 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



**Comunicación**  
con amigos, familiares o otras  
personas involucradas en su cuidado

Reconozco y acepto que la práctica [**MetroHealth of Conway**] 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 Conway**] 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 Conway**] escrito. La revocación será efectiva excepto en la medida en que la práctica [**MetroHealth of Conway**] 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 Salud Protegida (registros médicos)**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a **Metro Health of Conway**  
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!*