

Phone: 954-989-9998
Fax: 954-989-9979
www.floridaurogyn.com



4340 Sheridan Street, Suite 201
Hollywood, Florida 33021
newpatient@floridaurogyn.com

Nobre: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

Proveedor Primario: _____ **Altura:** _____ **Peso:** _____

Motivo de la Visitat: _____

Historial de Medicina: Porfavor marque todos los que apliquen: No tengo problemas medicos

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depresion/ Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermeda de la trioides | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Problema Autoimmune | <input type="checkbox"/> Thrombosis/ O Thrombosis Pulmonaria |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvula mitro | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> PCOS | <input type="checkbox"/> Calculo renales |
| <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermeda de riños |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Pasado de ataque cardico | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Desorden del sueño | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Cancer: _____ |

Otro (problemas médicos no enumerados): _____

Alergias: Porfavor liste todas sus alergias: No tengo ninguna alergia a nignun tipo de droga

medicamentos actuales: Ninguno Si tienes una lista, porfavor adjuntela a este formulario
Porfavor liste todos sus medicamentos (suplementos) con las dosis que esta tomando actualmente:

Historial Quirurgico: Porfavor liste todos sus previas cirugias: No tengo cirugias previas

Historial Medico Familiar: Porfavor liste condiciones y la relacion al paciente:

Phone: 954-989-9998
Fax: 954-989-9979
www.floridaurogyn.com



4340 Sheridan Street, Suite 201
Hollywood, Florida 33021
newpatient@floridaurogyn.com

Historial De Embarzo: Ningun embarazo previo
Totalidad de embarazos: _____ Partos vaginales: _____
Aborto Naturales/Aborto: _____ Cuantos Hijos Tienes: _____ Cesarea: _____

Historial Social:

Estas Usando Productos De Tabaco? Y N Si, Cuantos al dia?: _____
Haces ejercico regularmente? Si No Si, con que frecuencia? _____
Consumes Cafe, Te, O Sodas? Si No Si, cuantas veses al dia: _____
Consumes Alcol? Si No Si, Cuantas Veses al dia?: _____
Eres sexualmente activa? Si No Status Civil: _____

Cuidado De Salud:

Fecha del ultimo periodo menstrual: _____
Fecha de la ultima mamografia: _____ Resultado (normal/abnormal): _____
Fecha del ultimo Papanicolaou: _____ Resultado (normal/abnormal): _____
Fecha d la ultima densidad osea: _____ Resultado (normal/abnormal): _____

Revison de sistemas: Porfavor circule todos los que apliquen:

General: Aumento de peso | Perdida de peso | Fiebre | Escalofrio | Problemas Durmiendo | Suño
durant el dia | Ronquidos

Psiquiatrico: Depresion | Ansiedad | Perdidad de Memoria | Psicosis / Alucinaciones

Neurologia: Accidente cerebrovascular Pequeños | Accidente cerebrovascular
| Convulsiones | Desmayos | Dolor de cabeza | Mareo

Cardiovascular: Dolor de pecho | Dificultad para respirar | Soplido cardíaco | Palpitaciones | Hinchazón
de los pies

Pulmonar: Tos | Dificultades al respirar | Producción de sodio | Enfisema / Enfermedad Pulmonar
Obstructiva Crónica (EPOC)

Gastrointestinal: Acidez | Cambio de apetito | Vomito | Diarea | Estreñimiento | Cambio en los
habitos intestinales | Tienes Melena (Materia Fecal Negra) | Sangrado rectal

Cabeza/ Cuello: Camibo de vison | Infecciones de oído | Infecciones de los senos | Dificultad al
tragar | Discapacidad auditiva

Genitourinaria: Dolor/Ardor al orinar | Sangre en el orine | Vacilación al orinar | Frecuencia/Urgencia al
orinar | Incontinencia | Orinar durante la noche / Número de veces: _____

Musculoesquelético: Artritis | Debilidad muscular | Fracturas frecuentes | Osteoporosis | Rigidez
articular

Piel: Erupciones | Ictericia Cáncer

Phone: 954-989-9998
Fax: 954-989-9979
www.floridaurogyn.com



4340 Sheridan Street, Suite 201
Hollywood, Florida 33021
newpatient@floridaurogyn.com

Datos Demográficos del Paciente

Primer Nombre: _____ Iniciales: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Número de apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de celular: () - Número de Casa : () - Número de Trabajo: () -

Correo Electrónico: _____

Fecha de nacimiento: / / Número Social : _____

Confirmaciones de citas médicas via

Casa Celular Texto Correo Electrónico

¿Le da permiso a nuestros médicos / personal para dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz con respecto a su Información de salud personal (es decir, resultados de pruebas, etc)?

(Circule)

Si | No

Si, a que número? () -

Contacto De Emergencia: _____ Relación: _____

Número Telefónico: () - Número alternativo: _____

Nombre de la farmacia: _____ Número Telefónico: ()

Dirección de la farmacia: _____

Proveedor Primario: _____ Telefónico: () - Fax: ()

Formulario De Acuerdo De Las Policías Financieras Y Administrativas

Gracias por elegir el Centro de la Florida para Uroginecología para su atención médica. Valoramos a todos nuestros pacientes y nos esforzamos por brindar una atención compasiva y experta. Consulte a continuación nuestras políticas financieras y de citas. Todas las políticas enumeradas son simplemente para garantizar una atención de calidad y la accesibilidad a todos nuestros pacientes.

Responsabilidad financiera del paciente

Deben pagar todos los copagos y los saldos pendientes en el momento del check in, a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestra oficina. Esto incluye visitas tanto en persona como por telemedicina. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheque o tarjetas de crédito / débito. No se aceptan cheques posfechados.

Si está utilizando su seguro médico para la cobertura de su visita, es su responsabilidad comprender los beneficios de su plan de seguro. Sus beneficios están escritos en el contrato entre usted y su compañía de seguro médico.

Los pacientes sin cobertura de seguro o cobertura de un seguro en el que la oficina no participa con su cuenta se configurarán como "Pago propio". Es posible que le den una estimación del costo de "pago propio" antes de su visita, pero este costo puede cambiar según el nivel de atención y los procedimientos necesarios durante su visita.

Policía de saldo pendiente

Todas las cuentas con saldos serán contactadas a través de estados de cuenta, cartas y / o llamadas telefónicas de acuerdo con nuestra política interna por nuestra oficina de facturación. Si no se toma una resolución después de estos intentos, la cuenta se enviará a nuestra agencia de cobros.

Solicitud de formularios de discapacidad, seguro y cualquier otro registro médico.

Habrá un cargo de \$ 20.00 por completar los formularios médicos. Se debe pagar antes de retirar o enviar los formularios

Policía de cancelación de citas

Pedimos que por favor las citas sean canceladas con un mínimo de 48 horas de anticipación si es posible. Las citas tienen una gran demanda y la cancelación anticipada le dará a otro paciente la oportunidad de programar una cita.

Citas perdidas

Consideramos una "cita perdida" cualquier cita para la cual un paciente no está presente o no se cancela como se solicitó anteriormente. Las "citas perdidas" se registrarán y se le cobrará como se indica a continuación. Las tarifas de las citas perdidas se deben pagar antes de reprogramar su cita. Esta tarifa no se enviará al plan de salud; se cargará al paciente. Entendemos que la flexibilidad es importante. Dado que esto ocurre por una variedad de razones, renunciaremos a la tarifa solamente una vez

Las tarifas por citas perdidas son las siguientes:

\$ 50.00 por terapia de rehabilitación del piso pélvico- **\$ 30.00** por cualquier otro tipo de cita (s) Tenga en cuenta: "Citas perdidas" repetidas puede resultar en el alta de la práctica

Phone: 954-989-9998
Fax: 954-989-9979
www.floridaurogyn.com



4340 Sheridan Street, Suite 201
Hollywood, Florida 33021
newpatient@floridaurogyn.com

Autorización de Pago y Seguro:

A los efectos de este acuerdo, los términos "yo" y "mi" se refieren al paciente o la parte responsable de dicho paciente que ejecuta este acuerdo

He leído y comprendo las políticas financieras y administrativas del Centro de Uroginecología de Florida y acepto cumplir sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro médico y / o quirúrgico para proceder directamente al Centro de Uroginecología de la Florida. Entiendo que soy responsable de cualquier copago, servicios no cubiertos y cualquier saldo que mi plan de seguro no cubra. En caso de que no cumpla con mis obligaciones, seré responsable de los costos de la agencia de cobros incluidos los honorarios legales y los intereses permitidos. Autorizo al Centro de Uroginecología de la Florida a divulgar cualquier información adquirida durante mi tratamiento necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. Autorizo al médico / practicante a iniciar una queja ante la compañía de seguros por cualquier motivo en mi nombre.

Si mi seguro ha cambiado, es mi responsabilidad notificar al Centro de Uroginecología de Florida. Si no notifico al Centro de Uroginecología de Florida sobre cambios en mi seguro, entonces soy responsable de cualquier costo que ocurra por la atención médica o los procedimientos que no estén cubiertos por el Centro de Uroginecología de Florida bajo mi nuevo plan de seguro o seguro caducado. Esto incluye cualquier tarifa por visitas, procedimientos, laboratorios, imágenes o fisioterapia.

Autorizo a Florida Center for Urogynecology a utilizar la información de pago (tarjeta de débito y / o tarjeta de crédito) registrada para cobrar las tarifas aplicables. Si no hay información de pago en el archivo, entiendo que se me cobrará la tarifa correspondiente. Los pagos no excederán mi deuda con el Centro de Uroginecología de Florida. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan eficaz y válida como el original. Reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la declaración de políticas anterior con respecto a las tarifas por citas perdidas.

Nombre de Paciente

Firma

Fecha

Phone: 954-989-9998
Fax: 954-989-9979
www.floridaurogyn.com



4340 Sheridan Street, Suite 201
Hollywood, Florida 33021
newpatient@floridaurogyn.com

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A TERCEROS

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), promulgada en 1996, protege la información médica confidencial del paciente para que no se divulgue sin el consentimiento o conocimiento del paciente.

La Regla de Privacidad se creó para proteger sus derechos como paciente. Según la Regla de privacidad, usted tiene acceso a sus registros médicos, permite el control sobre cómo se usa y divulga su información médica y se le permite actuar si su privacidad se ve comprometida por la políticas de la práctica. Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información personal

Al completar este formulario, usted autoriza al Centro de Uroginecología de Florida a divulgar cualquier información médica solicitada a las personas mencionadas. Esta autorización es voluntaria y puede optar a revocarla en cualquier momento puede firmar y fechar la revocación de su copia de este formulario y devolviéndola a esta oficina .

Nombre : _____

Fecha: _____

Autorizo al Centro de Uroginecología de Florida a divulgar cualquier información médica solicitada a cualquiera de los siguientes :

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Firma del paciente o Representante del paciente

Fecha

Autorizo al Centro de Uroginecología de Florida a acceder a cualquier información de salud de los registros médicos electrónicos del hospital disponibles para mi proveedor (Epic, etc.) y a comunicarse conmigo acerca de mi información de salud utilizando lo siguiente :

- E-mail
- Text message
- Voicemail

Firma del paciente o Representante del paciente

Fecha

Phone: 954-989-9998
Fax: 954-989-9979
www.floridaurogyn.com



4340 Sheridan Street, Suite 201
Hollywood, Florida 33021
newpatient@floridaurogyn.com

Recibimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que se me entregaron y revisé una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro de Uroginecología de Florida.

Nombre de paciente

Fecha

Firma del paciente

Solo para uso de oficina // Office Use Only

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgment on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Office Staff Obtaining Signature

Reason Signature and Date was not obtained: Individual refused to sign

- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency prevented us from obtaining acknowledgement

•Other: _____

Phone: 954-989-9998
Fax: 954-989-9979
www.floridaurogyn.com



4340 Sheridan Street, Suite 201
Hollywood, Florida 33021
newpatient@floridaurogyn.com

CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN Y TRATAMIENTO PÉLVICO

Un examen pélvico es un examen vaginal, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o el extremo tejido pélvico. Este procedimiento se usa para diagnosticar y / o tratar infecciones que involucran la pelvis. Puede realizarse utilizando cualquier combinación de modalidades, que pueden incluir la mano enguantada o el instrumental del proveedor de atención médica. A los efectos de este consentimiento, se incluye la ecografía vaginal y la terapia de rehabilitación del suelo pélvico.

Al firmar este consentimiento, Yo _____ autorizo y dirigo

[imprima su nombre]

El Centro de Uroginecología de Florida y mi proveedor de atención médica tratante, para tratar mis infecciones médicas y realizar exámenes y procedimientos pélvicos. Entiendo que puede ser necesario un examen pélvico mientras reciba atención médica del Centro de Uroginecología de Florida en el futuro, yo acepto y reconozco que este consentimiento por escrito se aplica a todos y cada uno de los exámenes pélvicos realizados hoy, o en el futuro, por un proveedor de atención médica del Centro de Uroginecología de Florida, a menos que revoque este consentimiento por escrito y entregue en mano una copia de la revocación a la práctica. Con mi firma. A continuación, reconozco que he leído o me han leído y entiendo el contenido de este formulario.

Firma del paciente o Representante del paciente

Imprima su nombre

Fecha

Firma de un testigo

Imprima su nombre

Fecha