

Central Florida Family Practice FORMA DE REGISTRO

(Por favor impresión)

Fecha de hoy:							
INFORMACION DE PACIENTE							
Apellido del paciente:		Nombre:		Segundo Nombre:		Marital status:	
				<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.		<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Ms.	
						Solo <input type="checkbox"/> Casad/o <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viu <input type="checkbox"/>	
Es este su nombre legal?		Si no, Cual es su nombre legal?		(Nombre anterior):		Fecha de nacimiento:	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						Edad:	
						Sexo:	
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Direccion de calle:				No. de Seguro Social:		No. telefonico de casa:	
						()	
P.O. box:		Ciudad:			Estado:		Codigo postal:
Ocupacion:		Employer:				Employer phone no.:	
						()	
Como usted escucho de esta clinica?							

Pharmacy Name: _____

Location: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO							
(Por favor su tarjeta de seguro a la recepcionista.)							
Persona responsable de la cuenta:		Fecha de nacimiento:		Direccion (si es diferente):		No. telefonico de la casa:	
						()	
Es esta persona un paciente aqui?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Ocupacion:	Empleador:	Direccion del empleador:				No. del empleador	
						()	
El seguro cubre a este paciente?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Indique por favor su seguro primario		<input type="checkbox"/> Cigna		<input type="checkbox"/> Aetna		<input type="checkbox"/> Medicare	
						<input type="checkbox"/> Medicaid	
						<input type="checkbox"/> United Healthcare	
<input type="checkbox"/> Avmed	<input type="checkbox"/> Citrus	<input type="checkbox"/> Wellmed		<input type="checkbox"/> Welfare (<i>Proporcione por favor el cupon</i>)		<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre del suscriptor:		No. Seguro Social del suscriptor:		Fecha de nacimiento:		No. del grupo:	
						No. de poliza:	
						Co-pago:	
						\$	

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de amigo o pariente local (que no vive en la misma direccion):		Relacion al paciente:	
		No. telefónico de la casa:	No. telefonico de trabajo:
		()	()
La informacion antedicha es verdad al mayor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguro me pague directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Tambien autorizo a Central Florida Family Practice o a la compañía de seguros central de lanzar cualquier información requerida para procesar mis demandas.			
_____ <i>Firma del paciente/guardian</i>		_____ <i>Fecha</i>	

Historia Personal de Salud

Nombre: _____

Razon de la visita: _____

Historia personal de salud: Tiene usted algun problema medico actual o pasado?

(en caso afirmativo de verificacion la que se aplican) Si No

Antecedentes Medicos	Enfermedad:		
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
	<input type="checkbox"/> Hipertension	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Convulsiones
	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Infecciones graves	<input type="checkbox"/> TB/PPD positiva
	<input type="checkbox"/> Defectos Geneticos	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Enfermedad del higado
	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> La vesicula biliar	<input type="checkbox"/> Otros _____

Antecedentes quirurgicos pasado	Lista, por favor cualquier cirugia mayor o procedimientos:
--	--

Medicacion actual y la dosis (incluya los medicamentos de venta libre)	Medicamentos	Dosis/Frecuencia

Alergias a los medicamentos y lo que ocurre cuando lo toma	Medicamentos	Lo que pasa?

Fecha de la ultima vacuna del Tatanus? _____ **Fecha del ultimo periodo?** _____
(solo mujer)

Su historial familiar: Alguen en su familia inmediata padecido alguna de las siguientes:

Ataques del corazon Accidentes Cerebrovascular Diabetes Sin antecedentes familiares de interes
Cancer tipo: _____ Asma Hipertension

Los habitos sociales: **Consumo de Tabaco:** **Si** **No** **Consumo de alcohol:** **Si**
No

Signature _____

Date _____



FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

PARA USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo le doy mi consentimiento a [Central Florida Family Practice] para usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud (TPO).

(El Aviso de prácticas de privacidad proporcionada por [Central Florida Family Practice] describe dichos usos y revelaciones de manera más completa.)

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. [Central Florida Family Practice] se reserva el derecho de revisar su aviso de las prácticas de privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito a [Lee Grant, 4513 Old Canoe Creek Road, St. Cloud, FL 34769].

Con este consentimiento, [Central Florida Family Practice] puede llamar a mi casa o a las otras comunicaciones alternativas que yo haya provisto. Adicionalmente, [Central Florida Family Practice] puede dejar un mensaje en el correo de voz del número telefónico del paciente o en persona. Los mensajes en persona, por escrito, o por teléfono son en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguro, y todas las llamadas relacionadas con mi atención clínica (incluyendo resultados de pruebas de laboratorio, resultados diagnósticos, y tratamientos entre otros ejemplos).

Con este consentimiento, [Central Florida Family Practice] puede enviar por correo a mi casa (o la dirección alternativa) los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como: tarjetas de recordatorio de la cita del paciente y declaraciones financieras del paciente, siempre y cuando se marcan como "Personal y Confidencial".

Con este consentimiento, [Central Florida Family Practice] puede enviar un e-mail a mi correo electrónico o a cualquier alternativo correo electrónico que haya provisto en caso de emergencia. Los correos electrónicos serán mandados con los elementos que ayudaran a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de mis citas y declaraciones financieras del paciente. Yo tengo el derecho de solicitar las restricciones que [Central Florida Family Practice] use o divulgue de mi PHI en orden de llevar a cabo el TPO. La práctica tiene la opción de no estar de acuerdo y de denegar mis restricciones solicitadas; La compañía estará obligada a mantener el compromiso de las restricciones si está de acuerdo con mis restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, le doy la autorización a [Central Florida Family Practice] para usar y divulgar mi PHI en orden de llevar a cabo el TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho declaraciones en la confianza en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o después lo revoco, [Central Florida Family Practice] puede negarse a proveer mi tratamiento médico.

Firma del paciente o tutor legal

Nombre del Paciente en letra de imprenta

Fecha

Si es aplicable, por favor escriba el nombre del tutor legal

Central Florida Family Practice

Office Policy

Our goal is to provide and maintain a good physician-patient relationship. Letting you know in advance of our office policy allows for a good flow of communication and enables us to achieve our goal. Please read each section carefully and initial. If you have any questions, do not hesitate to ask a member of our staff.

Appointments

- 1) We value the time we have set aside to see and treat your child. We do not double book appointments. If you are not able to keep an appointment, we would appreciate 24-hour notice. **There is a charge of \$15 for missed appointments.**
- 2) If you are late for your appointment (>15 minutes), we will do our best to accommodate you. However, on certain days it may be necessary to reschedule your appointment.
- 3) We strive to minimize any wait time; however, emergencies do occur and will take priority over a scheduled visit. We appreciate your understanding.
- 4) Before making an annual physical appointment, check with your insurance company as to whether the visit will be covered as a healthy (wellness) visit.

Initial: _____

Insurance Plans

Please understand

- 1) It is your responsibility to keep us updated with your correct insurance information. **If the insurance company you designate is incorrect, you will be responsible for payment of the visit and to submit the charges to the correct plan for reimbursement.**
- 2) If we are your primary care physician, make sure our name or phone number appears on your card. If your insurance company has not yet been informed that we are your primary care physician, you may be financially responsible for your current visit. **(HMO Plans)**
- 3) It is your responsibility to understand your benefit plan with regard to, for instance, covered services and participating laboratories. For example
 - a. Not all plans cover annual healthy (well) physicals, sports physicals, or hearing and vision screenings. If these are not covered, you will be responsible for payment.
 - b. For children younger than 2 years, there is a limit as to the number of allowable well visits per year. If the number of visits is exceeded, your insurance company will not pay; you will be responsible for payment.
- 4) It is your responsibility to know if a written referral or authorization is required to see specialists, whether preauthorization is required prior to a procedure, and what services are covered.

Initial: _____

Referrals

- 1) Advance notice is needed for all non-emergent referrals, typically 3 to 5 business days.
- 2) It is your responsibility to know if a selected specialist participates in your plan.
- 3) Remember, we must approve referrals before they are issued.

Initial: _____

(over)

Financial Responsibility

- 1) According to your insurance plan, you are responsible for any and all co-payments, deductibles, and coinsurances.
- 2) **Co-payments** are due at the time of service.
- 3) Self-pay patients are expected to pay for services in FULL at the time of the visit.
- 4) If we do not participate in your insurance plan, payment in full is expected from you at the time of your visit. We will supply you with an invoice that you can submit to your insurance for reimbursement.
- 5) Patient balances are billed immediately on receipt of your insurance plan’s explanation of benefits. Your remittance is due within **10** business days of your receipt of your bill.
- 6) If previous arrangements have *not* been made with our finance office, Any balance outstanding longer than 90 days will be forwarded to a collection agency.
- 7) For scheduled appointments, prior balances must be paid prior to the visit.
- 8) If you participate with a high-deductible health plan, we require a copy of the health savings account debit or credit card, or a copy of a personal credit card to remain on file.
- 9) We accept cash, Visa, Discover and MasterCard credit and debit.
- 10) A \$35 fee will be charged for any checks returned for insufficient funds.

Initial: _____

Forms

- 1) There is no charge for a blue-and-yellow form given at the time of your child’s visit. This is considered part of the visit. **However**, should you lose your forms, there will be a \$5 charge (\$5 for one form) to replace them.
- 2) Any additional school, camp, or sports forms are subject to a \$5-per-form fee. Family and Medical Leave Act forms (FMLA) are \$25. Payment is due when the forms are dropped off. We require 3-day turnaround time.

Initial: _____

Transfer of Records

- 1) If you transfer to another physician, we will provide a copy of your immunization record and your last visit to your physician, free of charge, as a courtesy to you. We need 48 hours’ notice.
- 2) A copy of your complete record is available for a \$1-per-page fee up to 10, any additional pages are \$0.25 each after 10 pages.
- 3) We do not charge if you request records to be sent by fax, you must sign a release of medical records form at the physicians office that you want your records to go to.

Initial: _____

Prescription Refills

- 1) For monthly medication refills, we require 48 hours’ notice, during regular business hours. Please plan accordingly.

Initial: _____

I have read and understand this office policy and agree to comply and accept the responsibility for any payment that becomes due as outlined previously.

Patient Name(s) _____

Responsible Party Member’s Name _____ **Relationship** _____

Responsible Party Member's Signature _____ **Date** _____

**Central Florida Family Practice
4513 Old Canoe Creek Road
St.Cloud, FL, 34769**