

HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE

POR FAVOR DAR SU LICENCIA Y SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ Sexo: M F

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Medico Primario / Teléfono: _____

Nombre de Farmacia / Teléfono: _____

Información del Empleador:

Nombre de Empleador: _____

Teléfono de Empleador: _____ Ocupación: _____

INFORMACION DEL CONYUGE O FAMILIA:

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Es la política de esta Oficina para divulgar información a su familia inmediata o dejar mensajes con ellos o en su maquina contestadora en relación con: citas, resultados de laboratorio, facturación o cualquier otra información que consideramos que es necesario proporcionar una atención de calidad para usted. Debe especificar por escrito si usted no esta de acuerdo con esta política.

He leído la declaración anterior y la notificación de prácticas de privacidad y entendido mis derechos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA AUTORIZACION DE POR VIDA PARA LA ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Doy mi consentimiento y autorización a Tampa Cardiovascular Associates, P.A., y al personal para proporcionar cualquier tratamiento considere necesario para el paciente anterior. Entiendo que soy responsable por todos los gastos de servicios proporcionados por el proveedor. Entiendo que soy responsable por cargos no cubiertas por la póliza de seguro o Medicare. Si fuera necesario recopilar estos cargos a través de un abogado o otro proceso de colección, entiendo que soy responsable de todos los gastos Tribuna, el interés, gastos de recaudación y honorarios de abogados. Solicito el pago de beneficios autorizados de Medicare y cualquier otros beneficios seguros suplementarios para que pueda pagarse directamente a Vasco M. Marques, M.D., P.A. por los servicios prestado a mi por el Tampa Cardiovascular Associates, P.A. Autorizo a Tampa Cardiovascular Associates, P.A., y al personal para liberar a mi compañía de seguros u sus agentes cualquier información relativa a la atención de la salud, asesoramiento, tratamiento o suministros que me proporciono para determinar los beneficios por pagar por servicios relacionados. Entiendo que se trata de una autorización de por vida.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y PERMISOS PARA LA SALUD DE COMPARTIR INFORMACIÓN

He recibido una copia de la notificación de privacidad Práctica de Tampa Cardiovascular Associates, P.A.:

Sí No

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Recibido pero se negó a firmar.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS

Autorizó a Tampa Cardiovascular Associates, P.A. y personal a revelar mi información de salud a las siguientes personas (nombre, relación, número de teléfono):

1. _____
2. _____
3. _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

RESTRICCIONES SOBRE EL USO Y LA DIVULGACION DE MI INFORMACION DE SALUD: Entiendo que puedo solicitar ciertas restricciones sobre el uso y la divulgación de la información de mi salud. Pido a las siguientes restricciones. La Oficina de Tampa Cardiovascular Associates, P.A. no está obligada a aceptar mis solicitudes:

1. _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Por favor marque uno:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asia
- Nativo Hawaiano o otras Islas del Pacífico
- Afroamericanos
- Blanco
- Hispano
- Otra Raza
- Prefiere no responder

Por favor marque uno:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Prefiere no Responder

Preferencia de idioma:

- Ingles
- Español
- Otros: _____