

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Telephone (Casa) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(Teléfono móvil) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(Trabajo) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

#### AL llenar este formulario

- Responder estas preguntas ayudará a su médico a comprender su salud y cuál es la mejor forma de tratarlo.
- Si necesita ayuda para completar este formulario:
  - Lleve este formulario a su cita y una enfermera le ayudará.
  - Lame a la clínica al 863-385-8004 antes de su cita y alguien puede ayudarlo por Teléfono.

#### Traiga a su cita:

1. Este formulario de historia de salud y cualquier otro historial médico importante.
2. Información del **seguro medico**
3. Cualquier **medicamento que tome** (Píldoras, líquidos, cremas, herbales recetados o no)

¡Esperamos con interés trabajar con usted!



## Información general:

¿Cuál es el sexo del paciente?  Mujer  Hombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad actual \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

¿Quién está llenando este formulario?

- Yo mismo  
 Esposo(a)  
 Otro (por favor explique su relación con el paciente \_\_\_\_\_)

Otro Contacto	Otro contacto
Nombre: _____	Nombre: _____
Relación con el paciente : <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____
Dirección: <input type="checkbox"/> igual que el paciente Otra dirección: _____ _____	Dirección: <input type="checkbox"/> igual que el paciente Otra dirección: _____ _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Estado: _____	Estado: _____
Código postal: _____	Código postal _____
Teléfono de casa: _____	Teléfono de casa: _____
Celular: _____	Celular: _____
Teléfono del trabajo: _____	Teléfono del trabajo: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____
Número de seguridad social: _____	Número de seguridad social: _____

## Información general

1. ¿Por qué concertó esta cita? (marque todo lo que corresponda)

- Chequeo regular
- Primera cita para comenzar la atención con un nuevo médico
- Cambio de médico (de quién: \_\_\_\_\_)
- Tiene un problema de salud específico (explique: \_\_\_\_\_)

2. En general, ¿cuáles considera que son sus **principales problemas de salud**? (Marque todo lo que corresponda)

Problemas del estómago	Problemas de la piel	Dolores de cabeza
Problemas cardíacos	Asma (sibilancias)	Diabetes (azúcar)
Problemas de las articulaciones	Otros problemas respiratorios	Cáncer
Epilepsia (ataques, convulsiones)	Depresión	Problemas hepáticos
Problemas de oído / nariz / garganta	presión arterial alta	Ansiedad
Otro:	Otro:	Otro:

3. ¿Cómo describiría su salud?

- Excelente     muy buena     buena     Regular     Mala

4. Tiene una?  Tarjeta de donante     Testamento vital     Poder notarial duradero para la atención médica

5. ¿Está tomando **medicamentos recetados**?

- NO, No tomo ninguna medicina
- Sí, Por favor enumere los medicamentos del paciente a continuación
- traje mis frascos de píldoras

Nombre de la medicina	Dosis	Cuántas píldoras o dosis toma en:					
(ejemplo) Furosemide	20 mg	2	Mañana	2	Medio día	noche	antes de acostarse

(Use el reverso de este formulario si tiene más medicamentos que su médico le ha dado)



9. ¿Alguna vez le hicieron una **colonoscopia** (una prueba para observar su interior enviando una cámara a través del recto)?

NO     SI (cuando)? ( \_\_\_\_\_ )

10. ¿Ha recibido alguna vez una **transfusión de sangre** (cuando le han dado sangre extra)?

NO     SI (cuando) ¿( \_\_\_\_\_ )

## Vacunas

11. ¿Cuándo fue su última vacuna contra el **tétanos**?    Año \_\_\_\_\_     Nunca     no lo sé

12. ¿Cuándo fue su última vacuna contra la **neumonía**?    Año \_\_\_\_\_     Nunca     no lo sé

13. ¿Cuándo fue su última vacuna contra la **gripe**?    Año \_\_\_\_\_     Nunca     no lo sé

14. ¿Cuándo fue su última vacuna contra el **herpes**?    Año \_\_\_\_\_     Nunca     no lo sé

## Solo para mujeres

15. ¿Ha estado embarazada alguna vez?     Sí     No

Cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos has tenido? \_\_\_\_\_

16. ¿Alguna vez le hicieron una prueba de Papanicolaou?     SI     No

Fecha del último \_\_\_\_\_

17. ¿Ha tenido una mamografía (radiografía de mama)?     SI     No

Fecha del último \_\_\_\_\_

18. ¿Ha tenido una mamografía (radiografía de mama)?     Si     No

Fecha del último \_\_\_\_\_

## Historia Social

19. Encierre en un círculo el **grado más alto** que terminó en la escuela.

1 2 3 4 5 6 7 8      9 10 11 12      GED      1 2 3      1 2 3 4  
Escuela primaria      Escuela secundaria           Escuela vocacional      Universidad

20. ¿Qué **idioma** prefiere hablar?     Inglés     Español     Otro \_\_\_\_\_

21. ¿Qué tan bien puedes leer?     Muy bien     Bien     No bien     No puedo leer

22. ¿Qué **haces durante el día**?

- Trabajo tiempo completo
- Trabajo medio tiempo
- Asisto a la escuela
- Cuida a niños/ nietos en casa
- Salir la mayoría de los días (compras, visitas, citas)
- Me quedo en casa la mayoría de los días
- Otro \_\_\_\_\_

23. ¿Alguna vez ha fumado **cigarrillos, puros, ha consumido rapé o masticado tabaco**?

- NO
- Si, cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezaste? \_\_\_\_\_

¿Cuánto por semana? \_\_\_\_\_

¿Lo has dejado?     No     Si, cuando? \_\_\_\_\_

¿Quieres dejarlo?     No     Si

24. ¿Bebes **alcohol**?

- NO
- Si, si es así:

¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol?     No     Si

¿Alguna vez te ha molestado la gente al criticar tu forma de beber?     No     Si

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?     No     Si

¿Alguna vez ha tomado una copa a primera hora de la mañana?     No     Si

25. ¿Alguna vez ha **consumido drogas**?

No

Si, cuál \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezaste? \_\_\_\_\_

¿Cuánto por semana? \_\_\_\_\_

¿Lo has dejado?  No  Si, cuando? \_\_\_\_\_

¿Quieres dejarlo?  No  si

26. ¿Eres?  soltera(o)  casada(O)  tienes pareja  divorciada(o)/separada(o)  viuda

27. Quién vive en tu casa? \_\_\_\_\_

28. ¿Tiene relaciones **sexuales** con?  hombres  mujeres  ambos  ninguno

¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Raza (seleccione varios si corresponde):

Indio americano / Nativo de Alaska

Asiático

Negro /

Afroamericano

Nativo hawaiano

isleño del pacífico

Caucásico / Blanco

Hispano

Más de una raza

Se niega a reportar

Otro \_\_\_\_\_

29. Etnicidad:  Hispano(a)  No hispan(o)  Otra: \_\_\_\_\_

.País de origen si no es Estados Unidos \_\_\_\_\_

30. Identidad de género :

Nací:  hombre  mujer, PERO me identifico como  hombre  mujer  otro \_\_\_\_\_

31. Prefiero los siguientes pronombres:

Él/de él/su  ella/de ella  ellas/de ellos(a)  es /eso  Otro: \_\_\_\_\_

32. Tiene alguna creencia o práctica de su religión, cultura o de otro tipo que su médico deba conocer?
- No acepto sangre / productos sanguíneos debido a creencias personales o religiosas.
  - No utilizo métodos anticonceptivos** debido a creencias personales o religiosas.
  - Ayuno (paso sin comer) por períodos de tiempo por razones personales o religiosas.
  - No como carne.       No como nada que provenga de un animal.
  - Otras dietas o hábitos alimenticios especiales. (Por favor describa). \_\_\_\_\_
  - Utilizo medicinas o tratamientos tradicionales, como acupuntura o hierbas.
  - Otras creencias \_\_\_\_\_
  - No**, no tengo creencias o prácticas específicas que cambien el curso de mi atención médica.

33. Marque alguna de las siguientes cosas que **usa para caminar o moverse**.

- Bastón     Andador     Silla de ruedas     Otro \_\_\_\_\_     No necesito ayuda para caminar

34. Marque cualquiera de los siguientes tipos de **ayuda en el hogar** que recibe (ayuda pagada o de familiares y amigos)

- Ayuda con la limpieza / lavandería       Ayuda con las compras  
 Ayuda con el cuidado personal (bañarse, vestirse )       Ayuda para tomar mis medicamento  
 No tengo ayuda de uso en casa       No uso ayuda en casa PERO necesito ayuda

35. En el último año, ¿ha sido **abusado emocional o físicamente** por su pareja o alguien importante para usted?       Sí     No

36. ¿En el último año ha sido **golpeado, empujado, golpeado, pateado o amenazado** por su pareja u otra persona importante para usted?       Sí     No

**37. EJERCICIO**

Describe qué tipo de ejercicio haces. (marque todo lo que corresponda)	¿Cuántas veces por semana haces ejercicio?	¿Cuánto tiempo hace ejercicio a diario?
Caminar <input type="radio"/>	Una vez por semana <input type="radio"/>	menos de 15 min <input type="radio"/>
Andar en bicicleta <input type="radio"/>	Dos veces por semana <input type="radio"/>	15- 30 min <input type="radio"/>
Natación <input type="radio"/>	3 veces por semana <input type="radio"/>	30-45 min <input type="radio"/>
Entrenamiento con pesas <input type="radio"/>	4 veces por semana <input type="radio"/>	45 min – 1 hora <input type="radio"/>
Yoga <input type="radio"/>	5 veces por semana <input type="radio"/>	Más de una hora <input type="radio"/>
Otro <input type="radio"/>	6 veces por semana <input type="radio"/>	
yo no hago ejercicios <input type="radio"/>	7 veces por semana <input type="radio"/>	



## Historia familiar

Pariente	Edad (si vive)	Edad al morir	Problemas médicos	
Madre			<input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> cáncer
Padre			<input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> cáncer
Hermano			<input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> cáncer
Hermana			<input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> cáncer

## Historia de condiciones médicas

¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Encierre en un círculo todas las que correspondan)

ADD / ADHD	Ansiedad	Problemas de tiroides	Presión arterial alta
Anemia (bajo contenido de hierro)	Problemas de alcohol	Problemas de espalda	Colesterol alto
Asma	Problemas de próstata	Dolores de cabeza	Problemas respiratorios
Artritis	Problemas de estómago	Diabetes (problemas de azúcar)	derrame cerebral
Problemas ginecológicos	Problemas renales	Problemas hepáticos	Problemas neurológicos
Coágulos de sangre	Osteoporosis	Problemas en la piel	convulsiones
Problemas de colon	Depresión / Ansiedad	Huesos rotos	Alergias
Cáncer	Migrañas	Ataque al corazón	Otro:

## Revisión de síntomas

		SI	NO
<b>Durmiendo</b>	¿Te sientes muy <b>cansada(o)</b> ?		
	¿Tiene problemas para <b>conciliar el sueño o permanecer dormido(a)</b> ?		
	¿Tiene <b>otros problemas para dormir</b> ?		
<b>Comiendo</b>	Ha perdido peso en el último año sin intentarlo?		
	¿Ha <b>perdido peso</b> en el último año sin intentarlo?		
	¿ <b>Come demasiado</b> o ha <b>aumentado de peso</b> recientemente?		
	¿Tiene <b>otros problemas para comer</b> ?		
<b>Garganta</b>	¿Tiene muchos <b>dolores de garganta</b> ?		
	¿Tiene <b>otros problemas de garganta</b> ?		
<b>Oídos</b>	¿Tiene <b>problemas para oír</b> ?		
	¿Usa <b>audífonos</b> ?		
	¿Tiene <b>zumbidos o ruidos</b> constantes en los oídos?		
	¿Tiene <b>otros problemas con sus oídos</b> ?		
<b>Espalda</b>	¿Tiene <b>dolor de espalda</b> ?		
	¿Tiene <b>otros problemas de espalda</b> ?		
<b>Ojos</b>	¿Tiene <b>problemas con su visión</b> o con la vista?		
	¿Usa <b>anteojos o lentes</b> de contacto?		
	¿Tiene <b>otros problemas con los ojos</b> ?		
<b>Nariz y Sinusitis</b>	¿Tiene mucho <b>moqueo o congestión nasal</b> ?		
	¿Tiene <b>otros problemas con la nariz</b> o los senos nasales?		
<b>Dientes y Boca</b>	¿Tiene las <b>encías doloridas o sangrantes</b> ?		
	¿Usas <b>placas o dentadura postiza</b> ?		
	¿Tiene <b>otros problemas con los dientes y la boca</b> ?		
<b>Corazón/Respiración</b>	¿Alguna vez ha tenido <b>dolor / opresión en el pecho</b> cuando trabaja o hace ejercicio?		
	¿Se despierta por la noche con <b>problemas para respirar</b> ?		
	¿Tiene latidos <b>cardíacos acelerados o irregulares</b> a veces?		
	¿Tiene <b>otros problemas del corazón o respiración</b> ?		
<b>Evacuación intestinal</b>	¿Tiene <b>evacuaciones intestinales (caca) negras, como alquitrán/brea o con sangre</b> ?		
	¿Tiene <b>otros problemas con sus evacuaciones intestinales (caca)</b> ?		

<b>Revisión de síntomas</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Orina y cálculos renales</b>	¿Tiene otros problemas para orinar?		
	¿Tiene problemas para orinar?		
	¿Le quema cuando orina?		
	¿Tienes que orinar más de 2 veces por noche?		
	¿Tiene pérdida de orina?		
	¿Alguna vez ha expulsado cálculos renales?		
<b>articulaciones</b>	¿Tiene las articulaciones hinchadas y dolorosas?		
	Tiene algún otro problema con sus articulaciones?		
<b>Cabeza, equilibrio, fiebre y debilidad</b>	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos?		
	¿Alguna vez se ha desmayado?		
	¿Ha perdido el equilibrio y se ha caído recientemente?		
	¿Tiene debilidad en alguna parte de su cuerpo?		
	¿Ha tenido fiebre durante el último mes?		
	¿Tiene algún otro problema con la cabeza o el equilibrio?		
<b>Salud emocional</b>	¿Te enojas fácilmente?		
	¿Siguen apareciendo pensamientos aterradores en su mente?		
	¿Alguna vez ha sido hospitalizado por nervios, pensamientos o estados de ánimo?		
	Durante las últimas 2 semanas, ¿le ha molestado a menudo tener poco interés o placer en hacer las cosas?		
	Durante las últimas 2 semanas, ¿le ha molestado a menudo sentirse deprimido, sin esperanza o desesperado?		
	¿Tiene otros problemas con su salud emocional?		
<b>Solo para Hombres</b>	¿Alguna vez ha tenido problemas de próstata?		
	¿Tiene otros problemas masculinos?		
<b>Solo para mujeres</b>	¿Tiene dolor o bultos en el seno?		
	¿Tiene secreción vaginal inusual o picazón?		
	¿Toma o ha tomado hormonas (como píldoras anticonceptivas)?		
	¿Tiene otros problemas femeninos?		

Enumere todos los demás médicos a los que consulta con regularidad:

Tipo de médico Ejemplo: cardiólogo (doctor del corazón)	Nombre del doctor Ejemplo: Dr. Jones

SNLIMG

# Formulario de consentimiento para tratamiento

1. Yo \_\_\_\_\_ padre / tutor / paciente) doy permiso para que Sun 'N Lake Medical Group me brinde tratamiento médico.
2. Permito que Sun 'N Lake Medical Group solicite beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.  
Entiendo que:
  - Sun 'N Lake Medical Group tendrá que enviar la información de mi historial médico a mi seguro
  - Debo pagar mi parte de los costos
  - Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro
3. Entiendo que:
  - Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
  - Tengo derecho a divulgar todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o Tutor/guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Para niños(a) menores de 18)

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

## Contacto de emergencia

Nombre del pariente cercano que no vive con usted:

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

\_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono:

\_\_\_\_\_

## POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado la siguiente política. Si tiene alguna pregunta, háblela con nuestro personal de facturación o con el gerente de la oficina. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posibles y consideramos que su comprensión completa de nuestras políticas financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento.

- A menos que usted o su proveedor de cobertura de salud hayan hecho otros arreglos con anticipación, el pago total de los servicios de oficina vence en el momento del servicio. Para su conveniencia, aceptaremos VISA, MasterCard y Discover.
- Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. As a courtesy, we will file your insurance claim for you if you assign the benefits to the doctor- in other words you agree to have your insurance company pay the doctor directly. If your insurance company does not pay the practice within a reasonable period, we will have to look to you for payment. If we later receive a check from your insurer we will refund any overpayment to you.
- Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Le facturaremos a los planes con los que tenemos un acuerdo y solo le solicitaremos que pague el copago en el momento del servicio. Cobraremos el copago cuando llegue a su cita.
- Si tiene cobertura de seguro con un plan con el que no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos el reclamo por usted sin asignarlo. Esto significa que su aseguradora le enviará el pago directamente. Por lo tanto, nuestros cargos por su atención y tratamiento vencen en el momento del servicio.
- No todos los planes de salud son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud determine que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable por el cargo completo. El pago vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.
- Para todos los servicios prestados a pacientes menores, buscaremos al adulto que acompañe al paciente y al padre o tutor con la custodia para el pago.
- Para brindar el mejor servicio y disponibilidad posibles a todos nuestros pacientes, llámenos lo antes posible si sabe que necesitará reprogramar su cita.
- He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

---

**Firma del paciente / padre/madre / tutor legal**

**Fecha**

---

**Nombre del paciente**

**Fecha de nacimiento**

## Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de la HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

Este aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Con su firma, usted comprueba que ha revisado nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del Aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Tiene derecho a restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de mi atención
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? **SÍ**

**NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? **SÍ** **NO**

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, indique los miembros permitidos:

Nombre y apellido	Relación	Numero de teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
(ESCRIBA EL NOMBRE POR FAVOR) (Fecha de nacimiento)

Fecha: _____ (witness signature)	FOR OFFICIE USE ONLY (solo para uso de la oficina) _____ (Date)
-------------------------------------	---

## Políticas y procedimientos de la oficina

**Horarios, políticas y procedimientos de la oficina:** Nuestro horario de oficina habitual son los lunes, martes, jueves y viernes de 8:00 a. M. A 5:00 p. M. Y los miércoles de 8:00 a. M. A 6:00 PM. Cerramos todos los días festivos importantes y ocasionalmente abrimos tarde debido a reuniones de personal.

**Mensajes telefónicos y solicitudes de rellenas:** debido al gran volumen de llamadas que recibimos a diario, le pedimos a cada paciente que cumpla con nuestra política sobre reabastecimiento de medicamentos y llamadas telefónicas al consultorio. Todas las llamadas médicas urgentes serán devueltas el mismo día, todas las demás llamadas pueden tardar entre 24 y 48 horas en procesarse. Para solicitar un reabastecimiento de medicamentos, comuníquese con su farmacia y pídale que envíen una solicitud por fax al 863-386-4301. Las renovaciones de medicamentos se completarán dentro de las 24 a 48 horas hábiles posteriores a la solicitud. Si la receta debe estar escrita a mano, deje un mensaje detallado y nos comunicaremos con usted cuando esté completa.

**Emergencia fuera del horario de atención:** Para una verdadera emergencia médica, llame al 911 inmediatamente o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Tenemos un servicio de contestador disponible por razones urgentes. El número de teléfono es 863-386-4711. El servicio de contestador no puede procesar recargas de medicamentos. El servicio de contestador está destinado solo para problemas médicos urgentes.

**Confidencialidad:** si tiene un familiar o amigo a quien le gustaría que le divulguemos información (incluidos los horarios de las citas), es necesario que tengamos a esa persona en su formulario de autorización para recibir tratamiento.

**Registros médicos:** Nos complace proporcionarle una copia impresa de sus registros al recibir el formulario de solicitud correspondiente. El cargo será de \$ 1.00 por las primeras 25 páginas y 0.25 centavos por cada página adicional. Espere 10 días para que se procese su solicitud.

**Papeleo y cargos varios:** Habrá un cargo de \$ 15.00, pagado por adelantado por cada formulario que se le solicite al médico que complete (es decir, discapacidad, FMLA, necesidad médica, etc.). Estos formularios deben entregarse en la recepción. Por favor, espere 7 días hábiles para su procesamiento.

**Tarifa por ausencia:** Se le facturará una tarifa de \$ 25.00 por no presentarse, si no avisa con 24 horas de anticipación.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA SUN 'N LAKE MEDICAL GROUP DESCRITOS ARRIBA. ACEPTO LAS DIRECTRICES EXPLICADAS EN EL DOCUMENTO ANTERIOR.**

**Firma del paciente / tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_



## Solicitud de registros médicos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Para divulgación de registros o copias: Al firmar esta autorización, autorizo a la parte que se indica a continuación a usar y / o divulgar cierta información médica protegida (PHI) sobre mí o mi hijo.

Esta autorización permite:

_____	Para usar o liberar a:	<b>Sun 'N Lake Medical Group Internal Medicine</b>
(Nombre del proveedor)		4958 Sun 'N Lake Blvd Suite A
_____		Sebring, FL 33872
(Dirección)		Phone: (863-385-8004)- Fax: (863)385-2330
_____		
(Ciudad, estado, código postal)		
_____		
(Número de Teléfono)		

### Información que se publicará / copiará:

- ( ) Todos los registros médicos pertinentes, incluidas las vacunas y las pruebas de laboratorio.  
 ( ) Hojas de día- Fechas: \_\_\_\_\_ ( ) Información de laboratorio- Fechas: \_\_\_\_\_  
 ( ) Otro: \_\_\_\_\_

### Información a excluir / no divulgar:

- ( ) Registros de salud mental ( ) Tratamiento de drogas / alcohol ( ) Pruebas de VIH  
 ( ) Registros de agresión sexual / victimización ( ) otros: \_\_\_\_\_

\*\*\* Asegúrese de revisar las restricciones antes de copiar / publicar \*\*\*

Motivo de la divulgación o copia del registro: \_\_\_\_\_

(Por favor ver más abajo, se pueden aplicar cargos).

**Para solicitudes de inspección / copia del paciente o tutor: ( ) Marque aquí**

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de los siguientes cargos asociados con mi solicitud: cargos por copia, incluido el costo de suministros y mano de obra, y gastos de envío relacionados con la producción de mi información. Entiendo que el cargo por este servicio es: \$ 1.00 por página durante las primeras 25 páginas, luego \$ 0.25 por cada página a partir de entonces.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente / tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre impreso paciente/ tutor legal)

\* Las solicitudes de inspección son válidas solo en la fecha de la firmada

\* Las solicitudes de divulgación / copia vencen 30 días después de la fecha de la firma

*Prohibición de volver a divulgar: esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley. Cualquier divulgación adicional está estrictamente prohibida a menos que el paciente / tutor proporcione un consentimiento específico por escrito para la divulgación posterior de esta información. Estos registros pueden estar protegidos por regulaciones federales (42 CFR, Parte 2).*

Solo para fines internos: Nombre y cargo de la persona que divulga los registros: \_\_\_\_\_  
 Método de transferencia: ( ) Enviado por correo: ( ) ¿Certificado? (Certificación #) \_\_\_\_\_  
 ( ) Recogido por: \_\_\_\_\_ / (Fecha) \_\_\_\_\_ Forma de  
 identificación: \_\_\_\_\_  
 ( ) Enviado por fax: \_\_\_\_\_ / (Fecha) \_\_\_\_\_ Verificación de identificación realizada: ( ) Sí ( ) No

SNLMG