

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del domicilio: _____ Número de teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Estado civil: _____

Número de la Seguridad Social: _____ Raza: _____ Sexo: _____

Idioma de preferencia (si no es inglés): _____ Etnia: Hispano No hispano _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de la persona que se encarga de su cuidado: _____

Número de teléfono: _____ La persona cuidadora vive: Con usted En otro lugar

Nombre de su familiar más cercano que no viva con usted: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

FARMACIA O MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre de la farmacia local: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Nombre de la farmacia de envío por correo: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Nombre del médico de atención primaria actual o anterior: _____

SEGURO

Nombre de la aseguradora principal: _____

Nº de póliza: _____ Grupo: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Nombre de la aseguradora secundaria: _____

N.º de póliza: _____ Grupo: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Tutor o poseedor de poder legal médico: _____ Parentesco: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

MEDICAMENTOS O PRESCRIPCIONES (incluya vitaminas y suplementos)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR (marque las enfermedades que se le hayan diagnosticado anteriormente)

<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Tiene un marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Asma/Sibilancias	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Artritis o gota	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Enfermedad cutánea
<input type="checkbox"/> Enfermedad(es) de la sangre	<input type="checkbox"/> Glaucoma o ceguera	<input type="checkbox"/> ETS (EV)
<input type="checkbox"/> Bronquitis o neumonía	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Embolia o AIT
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Tuberculosis o exposición a la tuberculosis
<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis o ictericia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Transfusión. Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Adicción al alcohol o las drogas	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Otra: _____

ALERGIAS (indique sus alergias y reacciones)

CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

Cirugía u hospitalización anterior	Fecha de la cirugía u hospitalización

HISTORIAL FAMILIAR (indique cualquier patología conocida que presenten o hayan presentado sus familiares inmediatos)

¿Es usted adoptado?: Sí No

Parentesco	Enfermedad

HISTORIAL SOCIAL

¿Fuma? Sí. Paquetes por día _____ NO

¿Bebe alcohol? Sí. Bebidas al día _____ NO

¿Bebe cafeína (café, té o cola)? Sí. Bebidas al día _____ NO

Sarampión Paperas Rubeola Hepatitis A o B Polio

Tétano Fecha de la última vacunación _____ Dónde _____

Herpes Fecha de la última vacunación _____ Dónde _____

Gripe Fecha de la última vacunación _____ Dónde _____

Neumonía Fecha de la última vacunación _____ Dónde _____

Prevna 13 Fecha de la última vacunación _____ Dónde _____

Covid Tipo: Moderna Pfizer Janssen (Johnson & Johnson)

Fecha de la 1ª dosis _____ 2ª dosis _____ Dónde _____

Fecha de la dosis de refuerzo _____ Dónde _____

Densidad ósea Fecha _____ Dónde _____

Examen ocular Fecha _____ Dónde _____

Mamograma Fecha _____ Dónde _____

Prueba de Papanicolaou Fecha _____ Dónde _____

Prueba de detección de cáncer de colon Fecha _____ Dónde _____

Tipo: Colonoscopia ColoGuard iFOBT (verificación de sangre oculta en heces) Sigmoidoscopia

CIRCLE OF CARE (Indique la especialidad y nombre del médico que le trata en la actualidad)

Alergología _____

Salud conductual _____

Cardiología _____

Dermatología _____

Endocrinología _____

Otorrinolaringología _____

Gastroenterología _____

Ginecología u obstetricia _____

Hematología u oncología _____

Enfermedad infecciosa _____

Nefrología _____

Neurología _____

Ortopedia _____

Medicina para el dolor _____

Fisioterapia _____

Podología _____

Neumonología _____

Reumatología _____

Urología _____

OTRA _____

VOLUNTADES ANTICIPADAS

¿Tiene alguna voluntad anticipada? Sí No

¿Tiene un sustituto para casos médicos? Nombre: _____ Sí No

¿Tiene un testamento vital?: Sí No

¿Tiene un poder legal? Sí No

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) es una ley federal que protege la información confidencial relativa a la salud del paciente para que no se divulgue sin su consentimiento o conocimiento. El propósito de este formulario es identificar las circunstancias en que usted autoriza la revelación de dicha información confidencial.

Por la presente, autorizo la divulgación de información médica, psicológica, psiquiátrica, sobre abuso de alcohol o drogas durante la gestación, sobre pruebas y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), información relacionada con el SIDA e información genética relativa al paciente mencionado anteriormente a las personas siguientes:

A (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mi cónyuge o pareja | Nombre del cónyuge o pareja: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mi médico | Nombre del médico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mi farmacia | Nombre de la farmacia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mis padres o hijos | Nombre(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> Mi representante personal | Nombre del representante personal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro nombre: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de los anteriores | |

Autorizo al consultorio¹ o proveedor de atención médica a comunicarse por los siguientes medios (dibuje un círculo alrededor de las opciones «Sí» o «No» según corresponda para indicar por cuáles de medios que se muestran a continuación quiere que se comuniquen o no):

- | | | |
|----|----|--|
| Sí | No | Dejar un mensaje de voz en los números telefónicos suministrados |
| Sí | No | Enviarme un mensaje de texto a los números telefónicos suministrados |
| Sí | No | Enviarme un correo electrónico a la dirección suministrada |

Dibuje un círculo alrededor de las opciones «Sí» o «No» según corresponda para indicar a qué autoriza

Sí o No Autorizo al consultorio a usar o divulgar mi información de salud protegida (PHI), incluidos mi nombre, número de teléfono, dirección postal y cuenta de correo electrónico, que se muestran a continuación, para comunicarse conmigo sobre los productos, servicios, eventos comunitarios del consultorio u otra información sanitaria general. Comprendo que estas comunicaciones pueden considerarse comunicaciones publicitarias y que tendré la oportunidad de darme de baja para dejar de recibir dichas comunicaciones en cualquier momento. El consultorio recibirá o no una remuneración económica vinculada a estas comunicaciones. También comprendo que el correo, los mensajes de texto y el correo electrónico no son seguros y personas no autorizadas podrían interceptarlos, y autorizo específicamente al consultorio a ponerse en contacto conmigo sobre productos, servicios, eventos comunitarios u otra información sanitaria por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o correo ordinario. Comprendo que algunas de estas comunicaciones podrían generar cargos por parte de mi proveedor de servicios de telecomunicaciones.

Sí o No Además, autorizo al consultorio a que tome fotos, videos y grabaciones de mí (o de la persona de la que soy el tutor legal) y autorizo específicamente al consultorio a divulgar dichas imágenes con fines publicitarios, incluso en redes sociales, revistas, publicaciones u otros materiales educativos, en material publicitario, en formato electrónico o en papel, y en publicaciones médicas o ejemplos de tratamiento para otros pacientes. Comprendo que, al autorizar la divulgación de imágenes de mí (o de la persona de la que soy tutor legal), podrán verlas miembros del público en general, científicos e investigadores médicos que usan

¹ Entre los consultorios médicos se incluyen Best Value Healthcare, LLC, Florida Medical Specialists, LLC, Ridge Medical Associates, LLC, RVP Medical, LLC, Southeastern Primary Care Associates, LLC, Zephyrhills Primary Care Associates LLC, Sarasota Primary Care Associates, LLC, North Ft. Lauderdale Primary Care Associates, LLC, Lakewood Ranch Primary Care Associates, LLC, Riverview Primary Care Associates, LLC, Lakeland Primary Care Associates, LLC, Palmetto Primary Care Associates LLC, Town & Country Primary Care Doctors, LLC, St. Petersburg Primary Care Associates, LLC, Celebration Primary Care Associates, LLC, New Port Richey Primary Care Associates, LLC, Primary Care Associates of Port Richey, LLC, Wildwood Primary Care Associates LLC, Summerfield Primary Care Associates LLC, Plant City Primary Care Associates LLC, WC Holding Company, LLC, Valrico Medical Clinic LLC, Yogesh Ranpariya M.D. LLC

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

publicaciones regularmente en su educación profesional, así como autorizo el uso con fines publicitarios, incluidos, entre otros, publicidad en sitios web y anuncios en periódicos y televisión. Comprendo que es posible que alguien pueda reconocerme (o a la persona de la que soy tutor legal). Declaro que el consultorio es el propietario único de todos los derechos sobre las fotos, videos y grabaciones en cualquier formato en que se encuentren. El consultorio tiene el derecho, entre otros, de editar y modificar las fotos, videos y grabaciones, según lo considere necesario o así lo desee. Comprendo que esta autorización se aplica a cualquier foto, video y grabación que haya realizado o utilizado el consultorio antes de la fecha de mi firma a continuación. Comprendo que no recibiré ninguna retribución por el uso que haga el consultorio de las fotos, videos y grabaciones de mí.

¿Hay restricciones sobre la información de salud protegida que se divulgue? Sí No

De responder «Sí», especifíquelas:

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Comprendo que mi revocación no afectará a ninguna acción realizada antes de recibir mi revocación. Comprendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización podrá divulgarla el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la legislación federal o estatal. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa de ninguna manera afectará mi tratamiento. Mi médico no condicionará mi tratamiento o pago a si autorizo el uso solicitado de la divulgación, excepto si los servicios de atención médica se me ofrecen únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para divulgarla a un tercero. Esta autorización tendrá una vigencia de 50 años a partir de la fecha de la firma, momento en el cual vence esta autorización para obtener y divulgar esta información médica protegida.

Firma del paciente o del representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente en letra de molde

Si no es el paciente, parentesco con el paciente

Las personas o representantes que actúan en nombre del paciente deberán indicar su relación con este y adjuntar pruebas de su autoridad para actuar en nombre de dicho paciente (siempre que no sean sus padres).

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Al leer y firmar este documento, yo, el paciente que lo firma (o su representante autorizado), consiento y autorizo la atención médica y el tratamiento ofrecidos al paciente según se considere necesario o aconsejable a juicio del médico de MaxHealth² («MaxHealth») o cualquier otro proveedor de atención médica. Comprendo que, antes de proporcionar el tratamiento, el médico u otro proveedor de atención médica explicará las actuaciones médicas y el tratamiento, incluida una explicación de las alternativas al tratamiento y los riesgos asociados con dicho tratamiento. Declaro y consiento lo siguiente:

1. **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE PAGOS A TERCEROS:** Por la presente, autorizo expresamente a MaxHealth y a todos los profesionales que prestan atención médica a divulgar toda la información necesaria a cualquier aseguradora, plan de salud u otra entidad (tercero pagador) que pueda ser responsable de pagar mi atención médica. Autorizo y ordeno a todos los pagadores que paguen todos los beneficios adeudados por dicha atención médica directamente a MaxHealth y a todos los profesionales que prestan dicha atención, y por la presente les asigno dichas sumas. Comprendo que esta autorización y las asignaciones seguirán siendo válidas a menos que yo emita un aviso de revocación por escrito a MaxHealth y al tercero pagador, firmado y fechado por mí. Sin embargo, dicha revocación no será efectiva en cuanto a la información divulgada o a los cargos incurridos antes de dicha revocación.
2. **AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Declaro que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de MaxHealth en (o antes de) la fecha de firma indicada a continuación. También hay una copia del aviso de prácticas de privacidad de MaxHealth en mymaxdoc.com.
3. **CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN INTEGRAL DE PELVIS O RECTO:** Por medio de la presente doy mi consentimiento para (marque la casilla pertinente)
 - MUJER Examen ginecológico, que puede incluir el examen de los genitales externos, un examen pélvico y un examen rectal
 - HOMBRE Examen digital de próstata, que incluye un examen rectal
4. **PAGO POR SERVICIOS:** Acepto pagar a MaxHealth por los servicios prestados. Si estoy asegurado por un plan de seguro de salud en el que participa MaxHealth, MaxHealth presentará un reclamo a mi aseguradora. Comprendo que la cobertura de mi seguro es un contrato entre mi aseguradora y yo, y no entre MaxHealth y yo. Comprendo que soy responsable de cualquier cargo que deniegue mi aseguradora y de cualquier cargo que mi aseguradora clasifique como deducible, copago o coseguro.

Al firmar este documento, certifico que he leído, comprendo y estoy de acuerdo con su contenido y que la información que aporto es precisa y completa. Se puede utilizar una copia de este documento al igual que el original.

Paciente o representante [en letra de molde]: _____

Paciente o representante [firma]: _____

FECHA [dd/mm/aaaa]: _____

Si no firma el paciente, aporte la documentación del estado del representante legal:

Anexo: [] No hay una copia: []

² MaxHealth incluye todas las entidades legales Best Value Healthcare, LLC, Florida Medical Specialists, LLC, Ridge Medical Associates, LLC, RVP Medical, LLC, Southeastern Primary Care Associates, LLC, Zephyrhills Primary Care Associates LLC, Sarasota Primary Care Associates, LLC, North Ft. Lauderdale Primary Care Associates, LLC, Lakewood Ranch Primary Care Associates, LLC, Riverview Primary Care Associates, LLC, Lakeland Primary Care Associates, LLC, Palmetto Primary Care Associates LLC, Town & Country Primary Care Doctors, LLC, St. Petersburg Primary Care Associates, LLC, Celebration Primary Care Associates, LLC, New Port Richey Primary Care Associates, LLC, Primary Care Associates of Port Richey, LLC, Wildwood Primary Care Associates LLC, Summerfield Primary Care Associates LLC, Plant City Primary Care Associates LLC, WC Holding Company, LLC, Valrico Medical Clinic LLC, Yogesh Ranpariya M.D. LLC

Autorización de divulgación de información de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____ Número de la Seguridad Social: ###-##-_____

Solicito y autorizo que mi información de salud:

Se comparta con:

MaxHealth

Fax to: 866-554-1914

Se comparta desde:

INFORMACIÓN QUE DEBE SUMINISTRARSE (marque una o varias opciones):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todo el historial o información médica | <input type="checkbox"/> Registros de consultas | <input type="checkbox"/> Historial médico y exámenes físicos |
| <input type="checkbox"/> Resumen | <input type="checkbox"/> Pruebas o resultados diagnósticos | <input type="checkbox"/> Resumen de altas |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | | |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

No incluir: _____

A menos que se indique arriba, declaro que esta solicitud incluye específicamente información médica, psicológica, psiquiátrica, de abuso de alcohol o drogas durante la gestación, pruebas y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), información relacionada con el SIDA e información genética si se encuentra en posesión de MaxHealth («MaxHealth»).

Incluya la(s) fecha(s) de servicio, desde: _____ hasta _____ (si se deja en blanco, se proporcionarán registros de todas las fechas de servicio)

FORMATO

Solicito que se aporte una copia (siempre que sea posible o esté disponible):

- En papel En formato electrónico Comentar solo mi información médica Otro: _____

Si solicita un formato sin cifrar, al firmar a continuación reconocerá que comprende los riesgos inherentes al envío y recepción de información en un formato sin cifrar ni seguro (como un correo electrónico normal o un disco sin cifrar). Algunos de esos riesgos son mensajes mal dirigidos, intrusión del correo electrónico, e interceptación o visualización por parte de terceros no autorizados. Comprendo que podría generarse un cargo por la emisión de una copia de mi información de salud. Todos los cargos se ajustarán a la ley aplicable.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ CUANDO EL PACIENTE
DEJE DE ESTAR BAJO EL CUIDADO DE LAS INSTALACIONES A LAS QUE SE HACE REFERENCIA ARRIBA