



## FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo : \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA: (Completa la información si es diferente a la anterior)

Nombre de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ # SS del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo : \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si diferente al paciente): \_\_\_\_\_

(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Calle)

(Ciudad/ Estado/Código Postal)

Teléfono (Casa): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del Plan Medico: \_\_\_\_\_

(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

## INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Plan:	Relación con el Paciente:
Número de Identificación del Asegurado:	Número del Grupo:
Nombre del Asegurado:	# de SS del Asegurado:
Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Sexo del Asegurado:
Dirección del Plan Medico: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	

¿ES SU VISITA RELACIONADA A UNA HERIDA CAUSADA EN EL TRABAJO O POR ACCIDENTE DE AUTO? SI\_\_\_NO\_\_\_  
SI CONTESTA SI, PORFAVOR NOTIFICAR LA RECEPTIONISTA

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Doy fe de que la información que he proporcionado a Family Tree Medical Group, PA es correcta y verdadera según mi consciente saber y entender. Por la presente, asigno cualquier beneficio médico y / o quirúrgico a Family Tree Medical Group, PA. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de la asignación de beneficios se considerará tan válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por dicho seguro. Además autorizo a Family Tree Medical Group, PA a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de mis visitas.

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia o centro de atención médica a proporcionar toda la información sobre mi historial médico o farmacéutico así como cualquier tratamiento dado a mi persona, a Family Tree Medical Group, PA. Además, permitiré que mi farmacia les proporcione la verificación de beneficios. Autorizo a Family Tree Medical Group, PA a divulgar mi información médica a otros médicos según sea necesario para facilitar el tratamiento de mi persona.

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

### AUTORIZACIÓN PARA RECORDATORIOS DE CITA

Al firmar a continuación, nos autoriza a enviarle recordatorios de texto para sus próximas citas. Proporcionándonos su número de teléfono de celular arriba, usted acepta cualquier tarifa o cargo en el que pueda incurrir su compañía de celular telefónica. No habrá reembolso de Family Tree Medical Group si algun cargo aplicara.

Nombre del Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

**Autorización del Paciente**  
**Por favor, lea, inicialice y firme a continuación.**

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **La Póliza Financiera:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la versión más reciente de las reglas financieras de Family Tree Medical Group fechada el 1 de Agosto de 2018.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Responsabilidad Financiera** Yo entiendo que soy la persona responsable últimamente de pagarle a Family Tree Medical Group por los servicios prestados a mi persona o mis dependientes. Entiendo que Family Tree Medical Group espera cobrar por sus servicios al momento que los provee. Entiendo que soy la persona responsable de cualquier copago, coaseguro, o deducible de acuerdo con mi póliza de salud al momento de recibir los servicios de Family Tree Medical Group.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Cobertura del Seguro Médico:** Entiendo que soy responsable de proveer a Family Tree Medical Group mi información actual de cobertura del seguro médico y la tarjeta del seguro en cada visita. Seré responsable de pagar cualquier saldo en la cuenta que sea debido al resultado de no proveer mi información del seguro actualizada. Entiendo que Family Tree Medical Group no presentará reclamaciones de forma retroactiva al seguro de Salud debido a que no proporcioné la información actual del seguro.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Asignación de Beneficios:** Por la presente autorizo el pago directamente Family Tree Medical Group, por beneficios médicos que de otra manera se me pagarían. Autorizo a mi compañía de seguro médico a revelar Family Tree Medical Group información sobre mi cobertura de seguros, que incluye, entre otros, la verificación de mi examen y / o tratamiento a mi compañía de seguros u otro tercer pagador.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Tarifa Si No Se Presenta:** Yo confirmo que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de no presentación de Family Tree Medical Group y acepto pagar cualquier tarifa incurrida por el incumplimiento de mi cita.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Tarifa de Formularios:** Yo entiendo que recibí un aviso sobre la tarifa para todos los formularios que sean completados por Family Tree Medical Group y acepto pagar antes de recibir el formulario completo. (Es decir, exámenes físicos deportivos, FMLA entre otros)

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Póliza de Privacidad:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de privacidad de Family Tree Medical Group.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **E-prescripción:** Yo autorizo de forma voluntaria a Family Tree Medical Group para que envíen la prescripción de forma electrónica del paciente, esto permitirá a los proveedores de la atención médica transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi predilección; además, yo revisaré la información de los beneficios de farmacia de mi póliza de salud y la historia de dispensación de medicamentos, siempre y cuando yo sea un paciente en esta oficina.

Al firmar mi nombre a continuación, yo certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relacionada con estas regulaciones ha sido discutida conmigo. Mi firma también certifica mi conocimiento de todos los acuerdos con las regulaciones anteriores. Una fotocopia de este documento es tan válida como el original.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

# Historial Médico

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Fecha de Hoy:
	Lugar de Nacimiento:	Sexo del Paciente:	

**Historial Médico Del Paciente:** ¿Alguna vez ha tenido el paciente? (Circula todos los que apliquen)

- |                         |                        |                       |                         |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Abuso de alcohol/drogas | Enfisema               | Presión Alta          | Condición Psiquiátrica  |
| Asma                    | Epilepsia              | Colesterol Alto       | Alergias Estacionales   |
| Cáncer                  | Enfermedad del Corazón | Enfermedad Infecciosa | Trastornos Estomacales  |
| Colitis                 | Dolores de Cabeza      | Enfermedad del Riñón  | Enfermedad del Tiroides |
| Diabetes                |                        |                       |                         |

**Historial Médico De La Familia Inmediata:** ¿Los familiares de sangre actualmente tienen o han tenido? (Circula todos los que apliquen)

- |                         |                        |                       |                         |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Abuso de alcohol/drogas | Enfisema               | Presión Alta          | Condición Psiquiátrica  |
| Asma                    | Epilepsia              | Colesterol Alto       | Alergias Estacionales   |
| Cáncer                  | Enfermedad del Corazón | Enfermedad Infecciosa | Trastornos Estomacales  |
| Colitis                 | Dolores de Cabeza      | Enfermedad del Riñón  | Enfermedad del Tiroides |
| Diabetes                |                        |                       |                         |

**Historial Familiar:**

	Edad(s) ¿Vivo?	Edad de Muerte	Causa de Muerte o Condición Actual
Padre	_____ Si / No	_____	_____
Madre	_____ Si / No	_____	_____
Hermanos	_____ Si / No	_____	_____
Hermanas	_____ Si / No	_____	_____
Hijo(s)	_____ Si / No	_____	_____

**Lista de todas Las Cirugías y Enfermedades Graves:**

Cirugías/Enfermedades Graves	Año	Hospital/Localización
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Alergias a Medicamentos/Alimentos:**

Medicamentos	Reacción
_____	_____
_____	_____
Comida	Reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Medicamentos Que Está Tomando Actualmente:** (Incluyendo anticonceptivos, medicamentos sin receta y medicamentos a base de hierbas).

Medicamentos	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Fechas De Tu Último:**

Prueba de sangre/Nivel de colesterol:	_____	EKG:	_____
Prueba de Papanicolaou:	_____	Radiografía de pecho:	_____
Chequeo de la Próstata:	_____	Mamografía:	_____
Examen Físico:	_____	Refuerzo Contra el Tétanos:	_____
Chequeo de Glaucoma:	_____	Pneumovax:	_____
Sigmoidoscopia/Chequeo de heces fecales:	_____	Prueba cutánea para TB:	_____

**Historial Social:**

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Ocupación de su pareja matrimonial: \_\_\_\_\_

¿Fuma? Si o No

En caso que si, en qué edad comenzó a fumar: \_\_\_\_\_

Año en que dejaste de fumar: \_\_\_\_\_ Cuantos Paquetes por día: \_\_\_\_\_

¿Uso Ilícito de Drogas?  Nunca  Lejano  Reciente  Actual

¿Cuánta cafeína tomas? (Número promedio de bebidas/tazas por día)

Nunca      1                      2                      3                      4                      ≥5

¿Cuánto alcohol consumes? (Número promedio de bebidas por día)

Nunca      Infrecuente (<1)      Moderado (1-2)      Frecuentemente (>2)

¿Hace Ejercicio?

Nunca      Ocasional      Moderado      Frecuente

¿Uso del Cinturón de Seguridad? Si o No      ¿Detector de Humo en la Casa? Si o No

¿Uso del Casco de Bicicleta? Si o No      ¿Extintor de Incendios en el Hogar? Si o No

¿Alguna vez ha completado una Directiva Anticipada o Testamento? Si o No

¿Ha solicitado su historial médico al consultorio de su médico anterior? Si o No

Si la respuesta es no, solicite un Medical Record Release en nuestra recepción.

**Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario.**



NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

### **Formulario de Reconocimiento de Aviso de Privacidad de la Práctica**

#### **Consentimiento Para Usar o Divulgar Información Médica Protegida**

Nuestro Aviso de Privacidad de la Práctica produce información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida ("IMP") sobre usted. Tiene derecho a revisar nuestro reglamento antes de firmar este formulario. Su firma a continuación reconoce que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Privacidad de la Práctica. Según lo dispuesto en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada contactando a cualquier miembro del personal de Family Tree Medical Group, PA. Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se usa o divulga su IMP para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestros acuerdos mutuos.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de la IMP sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica como se describe en nuestro Aviso. Estas divulgaciones pueden ser por teléfono, correo, fax o transmisión electrónica, a menos que indique lo contrario por escrito (completando el formulario: Solicitud de restricciones de uso y divulgación de información de salud protegida), si permite que un tercer partido que no sea uno de los médicos o el personal de nuestra práctica estén en la sala de examen mientras uno de nuestros médicos o personal lo está examinando o discutiendo su atención, tratamiento o condición médica con usted, al firmar este formulario de consentimiento está autorizando la divulgación de su IMP a ese tercer partido. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos divulgado información sobre la base de su consentimiento previo. Si se niega a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, Family Tree Medical Group, PA puede rechazar el tratamiento o proporcionar un tratamiento adicional en el momento de la revocación, excepto en la medida en que el tratamiento sea requerido por la ley.

**Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información médica protegida ("IMP") a las siguientes personas:**

- **Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_
- **Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_
- **Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_
- **Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

He leído y entiendo la información en esta declaración. Soy el paciente o estoy autorizado a actuar en nombre del paciente para firmar este documento.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto las condiciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente  
(O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre del Paciente  
(O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

\* Por favor Explique: Relación representativa con el paciente e incluya una descripción de la autoridad representativa para actuar en nombre del paciente



**Prácticas de Privacidad  
Formulario de Reconocimiento de HIPAA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina **Family Tree Medical Group, PA** y se me han concedido la oportunidad de revisarlo. Reconozco que esta ley permite que esta oficina comparta y divulgue información médica la cual estará protegida con respecto a mí como paciente:

- (1) Otro médico (como un especialista al que nuestros doctores lo refieran), un hospital (donde puede estar usted ingresado), una farmacia u otro proveedor de atención médica, como un terapeuta (PT, OT, Terapias de Habla, etc.), o compañía de DME (equipo médico) que usted pueda necesitar.
- (2) Compañías de seguros (para procesar reclamos u obtener referidos).
- (3) Para el día a día de las operaciones internas de nuestra oficina (evaluación del rendimiento de trabajo de los empleados, entrenamiento, etc.)

Entiendo que para poder solicitar una copia de los registros médicos por (mudanza, cambio a otro PCP, etc.), debo de completar una forma de divulgación de información diferente, que puede ser obtenida en nuestra oficina, o puede enviar una carta que incluya su nombre, fecha de nacimiento, motivo de la liberación y su firma.

Firma del Paciente/Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

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



FAMILY TREE MEDICAL GROUP, PA  
 1150 CYPRESS GLEN CIRCLE  
 KISSIMMEE, FL 34741  
 OFFICE (407) 483-3200 FAX (407) 483-3220

PATIENT I.D. \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Social Security # (last 4 digits): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date of Service: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Identification Shown: \_\_\_\_\_ Mail  Pick Up

I hereby authorize **Family Tree Medical Group, PA** to use and disclose to:  or obtain from:  or allow review:

\_\_\_\_\_  
 Name of Facility or Person Phone  
 \_\_\_\_\_  
 Fax

Street Address City State Zip Code

the following information contained in my medical record regarding my hospitalizations, care and treatment (please initial):

- \_\_\_ Complete Record      \_\_\_ All Diagnostic Test Results      \_\_\_ Pathology Report(s)
- \_\_\_ Abstract of Record      \_\_\_ Consultation
- \_\_\_ Therapy Records      \_\_\_ Radiology Only      \_\_\_ Other (please specify)
- \_\_\_ Progress Note(s)      \_\_\_ Lab Only
- \_\_\_ Operative Report

The purpose for the release of information at the request of the individual is:

- Insurance  Legal Action  Continued Treatment  Personal Use  Patient Communication (Behavioral Health)
- Other (Please Specify) \_\_\_\_\_

This authorization will expire on the following date, event or condition: \_\_\_\_\_

I understand that this authorization extends to all or any part of the records designated above, which may include psychiatric information, and/or genetic counseling/testing, and/or alcohol/drug abuse and/or AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and/or may include the result of an HIV test or the fact that an HIV test was performed. I expressly consent to the release of information as designated above unless initialed below or otherwise required by law.

May **NOT** include information related to (please initial):

- \_\_\_ HIV/AIDS      \_\_\_ Mental Health      \_\_\_ Drug and/or Alcohol Abuse      \_\_\_ Genetic Counseling/Testing Information

If I fail to specify an expiration event or condition, the authorization will expire in one year. I understand that this authorization is revocable upon written notice to the office where the original authorization is retained, except to the extent that action has already been taken on this authorization. I understand that my protected health information that is used or disclosed under this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and the privacy of my protected health information may no longer be protected by law. I further understand that **Family Tree Medical Group, PA** may not condition the provision of treatment, payment, enrollment in the health plan, or eligibility for benefits on the provision of this authorization. I understand that I will receive a signed copy of this form.

\_\_\_\_\_  
 Patient/Legal Representative or Parent/Legal Guardian Signature Date

**Official Use Only:** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of Person Releasing Information     Name of Person Assisting with Review    Number of pages copied \_\_\_\_\_

I wish to revoke this authorization. Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**INTERPRETER ONLY**

(Please Print)

Name: \_\_\_\_\_ Agency: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Language: \_\_\_\_\_