



|  |                                 |         |                 |
|--|---------------------------------|---------|-----------------|
| Apellido:  | Primer Nombre:                  |         | Segundo Nombre: |
| Fecha de nacimiento:   | Edad:                           | Sexo:   | SS#:            |
| Correo electrónico:  |                                 |         |                 |
| Dirección:   | Ciudad:                         | Estado: | Código postal:  |
| Número de celular:   | Tel. casa:                      |         |                 |
| Contacto de emergencia:  | N.º del contacto de emergencia: |         |                 |
| Relación con el contacto de emergencia:  |                                 |         |                 |
| Dr. primario:  | Número de teléfono:             |         |                 |
| Médico remitente:  | Número de teléfono:             |         |                 |
| ¿Tiene una directiva avanzada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                 |         |                 |
| Seguro primario:   | Número de miembro               | Grupo # |                 |
| Seguro secundario:   | Número de miembro               | Grupo # |                 |

|  |                     |
|--|---------------------|
|  Farmacia: | Número de teléfono: |
| Dirección de la farmacia:  |                     |

\* Por favor rellene las secciones siguientes SÓLO si su visita está relacionada con una lesión sufrida por accidente de automóvil o indemnización laboral\*.

|                           |                      |       |  |
|---------------------------|----------------------|-------|--|
| LESIONES AUTOMOVILÍSTICAS | Fecha del accidente: |       |  |
| Nombre del ajustador:     | Teléfono #           | Fax # |  |
| Nombre del abogado:       | Teléfono #           | Fax # |  |
| LESIÓN EN EL TRABAJO      | Fecha de la lesión:  |       |  |
| Nombre del ajustador:     | Teléfono #           | Fax # |  |

## POLITICA DE LA OFICINA

**Consentimiento médico:** Doy mi consentimiento para todos los cuidados, tratamientos, diagnósticos por imagen, pruebas de laboratorio y otros procedimientos médicos cumplidos o prescritos por un médico de Orlando Neurosurgery y sus designados.

**Derecho a rechazar el tratamiento:** Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas con respecto a todos los aspectos de mi atención. Debo pedirle a mi proveedor de atención médica que aclare y explique cualquier cosa que no entienda y tengo derecho a rechazar el tratamiento.

**Constancia de recibo de los Derechos del Paciente y Aviso de Prácticas de Privacidad:** He reconocido que he recibido ambos avisos, el Aviso de Derechos/Responsabilidades del Paciente y el Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA.

**Autorización para la liberación de Información Médica:** Autorizo a Orlando Neurosurgery a divulgar cualquier información que sea necesaria para facilitar el procesamiento de reclamaciones de atención médica o la auditoría de pagos en relación con mi atención y tratamiento. También doy mi consentimiento para que se divulgue cualquier información necesaria a otras instalaciones, agencias o proveedores de atención médica según el criterio de Orlando Neurosurgery. Esta orden permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

**Política Financiera:** Certifico que la información del seguro que he proporcionado a Orlando Neurosurgery es exacta, completa y actual. Declaro que no existe ninguna otra cobertura de seguro. Es mi responsabilidad entender los términos y beneficios de mi plan de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados por mi seguro. Es posible que deba pagar copagos, coseguros o deducibles en el momento de recibir el servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Orlando Neurosurgery hará todo lo posible por notificarme por adelantado si un servicio no está cubierto. Si mi compañía de seguros no ha pagado mi factura en su totalidad en un plazo de 60 días, se espera que pague el saldo restante en un plazo de 30 días. En caso de un gran saldo debido a una operación, Orlando Neurosurgery puede organizar un plan de pago adecuado para todas las partes involucradas.

**Formularios y Registros Médicos:** Si usted requiere que nuestra oficina complete cualquier formulario, hay un costo de \$15.00 por formulario. Los formularios se completarán en un plazo de 10 a 14 días laborales. Si usted requiere una copia de sus registros médicos, usted debe firmar un formulario de Autorización de Acceso al Historial Médico y un pago de \$1.00/página por las primeras 25 páginas, luego \$0.25/página después de eso, el pago será efectuado al recibo de su solicitud.

**No presentación a la cita / Cancelaciones:** Si es necesario cancelar/reprogramar su cita, por favor hágalo 24 horas ANTES de la hora de su cita. Si no cancela una cita o no se presenta, será responsable de un cargo de \$25.00. El cargo de \$25.00 debe ser pagado por el paciente y no es facturable a ningún seguro.

**Cancelaciones de Cirugía:** Si usted debe cancelar una cirugía programada, por favor notifique a nuestra oficina antes de las 12:00PM diez (10) días laborales (de lunes a viernes) antes de su cirugía para evitar un cargo por cancelación de \$250.00.

**Dispensación de analgésicos opiáceos (narcóticos):** En respuesta a la "Crisis de los Opioides", La Legislatura del Estado de Florida aprobó la ley de Sustancias Controladas (CS/CS/HB 21) que regula la prescripción de productos farmacéuticos de la Lista II y la Lista III. Esta normativa afecta a las recetas que sus proveedores están autorizados a recetarle después de una intervención quirúrgica. Los narcóticos de la Lista II son limitado a un suministro de tres (3) días para la "excepción de dolor agudo". Se puede suministrar un suministro para siete (7) días en circunstancias especiales. Nuestra oficina limitará la dispensación de prescripciones de la regulación II y III a 14 días postoperatorios. Es importante entender que Orlando Neurosurgery no trata el dolor crónico. Si usted necesita atención por dolor crónico, estaremos encantados de proporcionar una remisión administrativa a un especialista para el tratamiento del dolor crónico.

**Devolución de imágenes en CD/películas:** Es importante que nuestros proveedores revisen sus imágenes para un diagnóstico y tratamiento adecuado; sin embargo, nuestra oficina no tiene capacidad para almacenar estas imágenes. Se descargará una copia de sus imágenes en nuestro sistema en su cita. Se le devolverán sus imágenes al terminar su cita. Si deja sus imágenes por cualquier razón después de la fecha de su cita, los almacenaremos durante 90 días como cortesía. Durante estos 90 días, tiene la opción de recogerlos en la oficina sin cargo, o podemos enviárselos por una tarifa de servicio y manejo de \$10. Después de 90 días, cualquier archivo de imagen o película restante será eliminado de acuerdo con las pautas de HIPAA.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Historial Médico

**Principal motivo de consulta:** (*¿motivo de la visita de hoy?*)

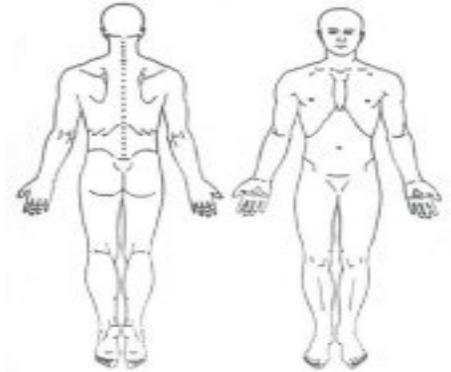
---



---

¿Desde cuándo tiene sus síntomas? \_\_\_\_\_ semanas / meses / años

Si puede, dibuje dónde se localizan sus síntomas en el diagrama humano presentado



¿Es usted diestro o zurdo? (*marque con un círculo*)

Tratamientos anteriores para los síntomas: *marque TODOS los que correspondan*

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Terapia Física (*lugar/fecha última en que se cumplió*) \_\_\_\_\_

Inyecciones espinales: (*MD/fecha última cumplida*) \_\_\_\_\_

Otros tratamientos: \_\_\_\_\_

**Historial médico:** *marque TODO lo que le hayan diagnosticado o tratado:*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular          | <input type="checkbox"/> Masa cerebral / Tumor      | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune:         | <input type="checkbox"/> Cáncer:                    | <input type="checkbox"/> Osteopenia           |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos        | <input type="checkbox"/> Cardiovascular/ Cardiopama | <input type="checkbox"/> Osteoporosis         |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos / TVP o EP | <input type="checkbox"/> EPOC                       | <input type="checkbox"/> Neuropama periférica |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma cerebral             | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal               | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   | <input type="checkbox"/> Convulsiones         |
|   | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial      | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral     |
|   | <input type="checkbox"/> Colesterol alto            | <input type="checkbox"/> Patología tiroidea   |
|   |   | Otros:  |

**Lista de medicamentos:** enumere TODOS los medicamentos / suplementos a continuación O proporcione una copia de la lista

| Nombre del medicamento | Dosis y frecuencia | ¿Para qué es? |
|------------------------|--------------------|---------------|
|                        |                    |               |
|                        |                    |               |
|                        |                    |               |
|                        |                    |               |

**Alergias:** enumere TODAS las alergias a medicamentos / alimentos

---

**Historial quirúrgico:** enumere TODAS las cirugías importantes y las fechas:

---

---

**Historia familiar:** enumere toda la historia familiar pertinente:

---

---

---

**Historia social:**

**Ocupación:**

**Estado civil:**  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo

**¿Fuma?**  NO  Sí En caso afirmativo, fumo \_\_\_\_\_ paquete(s) al día. Empecé a fumar en \_\_\_\_\_ (año)  Antes/  
Dejé de fumar \_\_\_\_\_ (año) Empecé a fumar en \_\_\_\_\_ (año)

**¿Bebe alcohol?**  NO  Sí

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia?  Nunca  Mensualmente o menos  2-4 veces al mes  2-3 veces a la semana  4 o más veces a la semana Si la respuesta es Sí, ¿cuántos tragos toma en un día normal?  1-2  3-4  5-6  7-9  10 o más Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia toma más de 6 tragos en una ocasión?  Nunca  Menos de una vez al mes  Mensualmente  Semanalmente  Diariamente

**¿Ha sufrido alguna caída recientemente?**  NO  Sí

En caso afirmativo, ¿cuántas caídas se produjo el año pasado? \_\_\_\_\_; ¿la caída provocó lesiones?  NO  Sí

**Revisión de sistemas (ROS):** marque todo lo que corresponda

**Constitucional:**

Dolores corporales

Fiebre

**ENT:**

Pérdida visual

Dificultad para ingerir

Pérdida de audición

**Cardiovascular**

Latidos irregulares

Hinchazón en las piernas

**Endocrino**

Secreción mamaria (galactorrea)

Periodos irregulares

**Gastrointestinal**

Náuseas /Vómitos

Dolor abdominal

**Genitourinario**

Urgencia

Retención

Incontinencia

**Musculoesqueletico**

Dolor de espalda

Dolor de cuello

Dolor de brazo

Dolor de piernas

**Neurológico**

Debilidad muscular

Entumecimiento / Hormigueo

Convulsiones

Pérdida de equilibrio /

caídas

Dificultades de memoria

**Psiquiátricas**

Ansiedad

Depresión

**Respiratorio**

Tos

Falta de aire

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

### Código de Conducta del Paciente

Orlando Neurosurgery es un entorno curativo. Para cumplir nuestra misión de mejorar la vida de nuestros pacientes, tendremos que trabajar juntos para proporcionar un entorno seguro y saludable para nuestros pacientes, personal y visitantes. Orlando Neurosurgery espera que todos los visitantes, pacientes y familiares acompañantes se abstengan de comportamientos inaceptables que sean perturbadores o supongan una amenaza para los derechos o la seguridad de los demás.

#### Como paciente que visita nuestra oficina, esperamos lo siguiente:

- Por favor, comunique todos los asuntos que desee tratar con su proveedor en el momento de programar su cita para que podamos dedicarle el tiempo adecuado. Si desea tratar temas adicionales, puede ser necesaria otra visita para garantizar que todos los pacientes reciban el tiempo y la calidad de atención que se merecen.
- Si necesita cancelar o reprogramar una cita, póngase en contacto con la oficina al menos 24 horas antes de su cita.
- Si tiene alguna pregunta sobre la atención recibida, o si no está satisfecho con el servicio recibido en nuestra consulta, póngase en contacto con nuestra directora antes de salir de su consulta para que se puedan resolver sus dudas.
- Tenemos una política de cero tolerancia para cualquier comportamiento agresivo dirigido a nuestro personal. Le pedimos a usted y a todos los miembros de su grupo de apoyo que sean respetuosos con nuestro equipo de atención.
- Por favor, sea cortés con el uso de su teléfono móvil y otros dispositivos electrónicos. Cuando interactúe con cualquier miembro de nuestro personal, guarde sus dispositivos. Ponga el timbre en vibración antes de guardarlos.
- Le pedimos que supervise a los menores que le acompañen.
- Termine cada visita entendiendo claramente las expectativas de su proveedor y los objetivos del tratamiento.
- Siga los planes de tratamiento recomendados, las consultas y otros cuidados de seguimiento.

#### Los siguientes comportamientos están prohibidos:

- Poseer armas de fuego o cualquier tipo de arma.
- Intimidar, acosar, agredir físicamente o amenazar al personal o a otros pacientes o visitantes, incluido el uso de lenguaje profano o agresivo.
- Realizar amenazas de violencia a través de llamadas telefónicas, cartas, mensajes de voz, correo electrónico u otras formas de comunicación escrita, verbal o electrónica.
- Dañar el equipo o la propiedad de la clínica.
- Hacer gestos amenazadores o despectivos.
- Hacer insultos raciales, culturales o sexuales u otros comentarios despectivos.
- Negarse a aceptar cualquier práctica de las políticas o normas de salud y seguridad públicas, incluido el uso de mascarilla cuando sea necesario.
- Grabar en vídeo o audio a los proveedores, miembros del personal, pacientes o visitantes de Orlando Neurosurgery por cualquier otro medio sin autorización previa. Si usted es objeto de alguno de estos comportamientos o es testigo de un comportamiento inapropiado, favor infórmelo a cualquier miembro del personal.

Los infractores pueden ser expulsados de las instalaciones y/o dados de baja de la práctica.

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



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA  
CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, PAGO  
U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Por la presente, el paciente consiente el uso o divulgación de su información de salud identificable individualmente ("información de salud protegida") y la información de la historia clínica del paciente por parte de Orlando Neurosurgery (la "Práctica") con el fin de llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El paciente debe revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Práctica para obtener una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de dicha información, y el paciente tiene derecho a revisar dicho aviso antes de firmar este formulario de consentimiento.

La clínica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si la clínica modifica los términos de su Aviso de Prácticas, el paciente podrá obtener una copia del aviso revisado.

El paciente conserva el derecho de solicitar que la clínica restrinja an más la forma en que se utiliza o divulga su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. La clínica no está obligada a aceptar dichas restricciones solicitadas; sin embargo, si la clínica acepta la(s) restricción(es) solicitada(s) por el paciente, dichas restricciones serán entonces válidas para la clínica en lo que respecta al paciente únicamente.

El paciente reconoce y acepta que la clínica puede divulgar la información médica protegida del paciente y la información del expediente médico del paciente a las siguientes personas que son familiares del paciente, representantes legales, tutores, sustitutos de atención médica o tienen poder notarial en nombre del paciente: (enumere los nombres a continuación)

---

---

El paciente acepta que la clínica pueda divulgar los siguientes tipos de información contenidos en el historial médico del paciente a continuación, a menos que se indique lo contrario (por favor, ponga sus iniciales sólo SI NO DESEA divulgarla):

- Información sobre el VIH/SIDA
- Información sobre salud mental
- Información sobre el abuso de sustancias
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre el embarazo (Si la paciente es menor de 18 años)

En todo momento, el paciente conserva el derecho a revocar este consentimiento. Dicha revocación deberá ser presentada a la oficina por escrito. La revocación será efectiva excepto en la medida en que el consultorio ya haya tomado medidas basándose en el consentimiento.

HE LEÍDO Y COMPRENDO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE CONSENTIMIENTO. HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO A ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO VERIFICANDO EL CONSENTIMIENTO A LOS TÉRMINOS ARRIBA INDICADOS.

---

Firma del paciente (o representante autorizado\*) Fecha

---

Nombre Completo

---

\*Relación del representante autorizado con el paciente

## Publicación de Registros

Autorización para utilizar y divulgar información confidencial

| La información puede ser divulgada por:   | La información puede ser divulgada a:   |
|---|---|
| _____<br>Persona/ instalación<br><br>_____<br>Dirección<br><br>_____<br>Teléfono<br><br>_____ Fax | _____<br>Persona/ instalación<br><br>_____<br>Dirección<br><br>_____<br>Teléfono<br><br>_____ Fax |

### La siguiente información se dará a conocer:

- CUALQUIER/TODOS LOS HISTORIALES MÉDICOS
- Notas de oficina
- Informes operativos
- Consultas
- Historial y examen físico
- Notas de progreso
- Informes radiológicos
- Lista de problemas/Lista de medicamentos
- Informes de laboratorio/patología

- Entiendo que la información puede incluir la divulgación de información sobre salud mental, consumo de sustancias y/o alcohol, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

- Esta autorización permanecerá en vigor durante un (1) año o hasta que la revoque por escrito.

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

- Comprendo que una vez divulgada la información anterior, puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y la información puede no estar protegida por las leyes o reglamentos federales sobre privacidad. La clínica, sus empleados, directivos y médicos quedan eximidos de cualquier responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en la misma.

- Entiendo que rellenar este formulario de autorización es voluntario. Soy consciente de que no se me denegará el tratamiento si me niego a firmar este formulario.

- Soy consciente de que se me puede cobrar una tarifa por esta solicitud según lo permita la ley, que puede incluir hasta \$1.00 por página para registros en papel y tarifas asociadas con suministros y franqueo. Los honorarios se exigen cuando la información se divulga a un proveedor de atención médica con fines de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor o representante legal