ORLANDO NEUROSURGERY

Datos Demográficos del Paciente

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 paciente:				
Dr. primario:	Número de teléfono:			
Médico remitente:	Número de teléfono:			
¿Tiene una directiva avanzada? ☐Sí ☐No				
Seguro primario:	Número de Miembro		Grupo #	
Seguro secundario:	Número de Miembro		Grupo #	
Ocupación:				

Accidente automovilistico o resbalon caida? Si _____ or No_____
Esta relacionado con la compensacion laboral? Si _____ or No_____
Estas involucrada en litigos? Si _____ or No_____

*** Por favor rellene las secciones siguientes SOLO si su visita esta relacionada con una lesion sufrida por accidente de automovil o indemnizacion laboral*.**

Lesiones Automovilisticas	*Fecha del accidente*	
Nombre del ajustador:	*Teléfono #*	*Fax #*
Nombre del abogado	*Teléfono #*	*Fax #*
Lesion en el trabajo		
Nombre del ajustador:	*Teléfono #*	*Fax #*

POLITICA DE LA OFICINA

Politica 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.

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.

Consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento para toda la atención, el tratamiento, el diagnóstico por imágenes, las pruebas de laboratorio y otros procedimientos médicos realizados o prescritos por un médico de Orlando Neurosurgery y sus representantes. Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas sobre todos los aspectos de mi atención. Debo pedirle a mi profesional de la salud que me aclare y explique cualquier duda que tenga. Tengo derecho a rechazar el tratamiento.

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

Código de Conducta del Paciente: Reconozco que he recibido o me han ofrecido la política del Código de Conducta del Paciente. Esta política está publicada en la recepción y disponible en el sitio web del consultorio. Entiendo que, si no la cumplo, podría ser dado de baja del consultorio.

Consentimiento de comunicación: Doy permiso a la oficina para que se comunique conmigo por teléfono, correo de voz, correo electrónico o mensaje de texto con respecto a citas, facturación e información médica.

Formularios y expedientes médicos: Los formularios (por ejemplo, FMLA, formularios escolares/laborales o personales) se completarán en un plazo de 10 a 14 días hábiles. El costo es de $15 por formulario. Si necesita una copia de su expediente médico, debe firmar un formulario de Autorización de Expediente Médico y abonar un pago de $1.00 por página por las primeras 25 páginas, y $0.25 por página posterior al recibir su solicitud. Su solicitud se completará en un plazo de 10 a 14 días hábiles.

Dispensación de analgésicos opioides (narcóticos): En respuesta a la "Crisis de Opiáceos", la Legislatura Estatal de Florida aprobó el Proyecto de Ley de Sustancias Controladas (CS/CS/HB 21), que regula la prescripción de fármacos de las Listas II y III. Los narcóticos de la Lista II están limitados a un suministro de tres (3) a siete (7) días para la "excepción de dolor agudo". Nuestra clínica limitará la dispensación de recetas de las Listas II y III a 14 días después de la operación. Neurocirugía de Orlando no trata el dolor crónico. Si necesita tratamiento para el dolor crónico, con gusto le remitiremos a un especialista en tratamiento del dolor.

_____

Firma del Paciente **Nombre Impreso** **Fecha**

Orlando Neurosurgery
Teléfono # 407-975-0200
Fax 407-975-0209

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O USAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Divulgación de información médica: Por la presente, autorizo a Orlando Neurosurgery a divulgar o utilizar cualquier información médica identificable 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 la divulgación de cualquier información necesaria a otros centros, agencias o proveedores de atención médica, según el criterio de Orlando Neurosurgery. Debo revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Orlando Neurosurgery para obtener una descripción más completa de la posible divulgación de dicha información. Orlando Neurosurgery se reserva el derecho de cambiar los términos del Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Usted conserva el derecho a solicitar que restrinjamos aún más la forma en que su información médica protegida se divulga o utiliza para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Nuestro consultorio no está obligado a aceptar dichas restricciones solicitadas; sin embargo, si aceptamos las restricciones solicitadas, dichas restricciones serán vinculantes para el consultorio.

Reconozco y acepto que Orlando Neurosurgery puede divulgar mi información médica protegida y la información de mi expediente médico a las siguientes personas que sean familiares, representantes legales, tutores, representantes de atención médica o tengan poder notarial en mi nombre:

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Acepto que Orlando Neurosurgery puede divulgar los siguientes tipos de información contenida en mi historial médico a continuación, a menos que se indique lo contrario (por favor, ponga sus iniciales)

_____ 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, me reservo el derecho a revocar este consentimiento. Dicha revocación debe presentarse por escrito a Orlando Neurosurgery. La revocación será efectiva, salvo que Orlando Neurosurgery ya haya tomado medidas en virtud del consentimiento. He leído y comprendido la información contenida en este consentimiento. He recibido una copia de este consentimiento y soy el paciente, o estoy autorizado a actuar en su nombre, para firmar este documento que verifica el consentimiento a los términos establecidos anteriormente.

_____ _____
Firma del Paciente (o Representante Autorizado *) Fecha

_____
Imprima su Nombre

_____
* Relación del representante autorizado con el paciente.

Orlando Neurosurgery
Teléfono # 407-975-0200
Fax 407-975-0209

Publicación de Registros

Autorización para utilizar y divulgar información confidencial	
La información puede ser divulgada por:	**La información puede ser divulgada a:**
_____ Persona/ instalación _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax	_____ Persona/ instalación _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax

La siguiente información se dará a conocer:

- ☐ CUALQUIER/TODOS LOS HISTORIALES MÉDICOS
- ☐ Notas de oficina
- ☐ Historial y examen fisico
- ☐ Notas de progreso
- ☐ Lista de problemas/Lista de medicamentos
- ☐ Informes operativos
- ☐ Consultas
- ☐ Informes radiológicos
- ☐ 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 ETS. Esta autorización permanecerá vigente por 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 se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que una vez divulgada la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y que es posible que no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. El centro, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exonerados de cualquier responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el mismo. Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Entiendo que no se me negará 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 impresos y tarifas asociadas con suministros y envío postal. Se eliminan las tarifas cuando se divulga información a un proveedor de atención médica para fines de tratamiento.

_____ _____

Firma del Paciente (o Representante Autorizado *) Fecha

_____

Imprima su Nombre

_____

* Relación del representante autorizado con el paciente.

Orlando Neurosurgery
Teléfono # 407-975-0200
Fax 407-975-0209

Farmacia:	Teléfono #
Dirección de la farmacia:	

Historial Médico

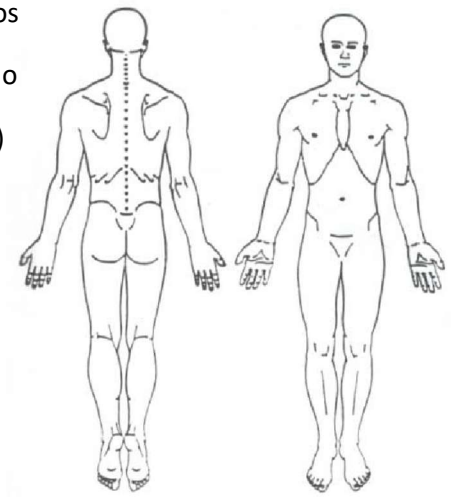
Principal motivo de consulta: (¿motivo de la visita de hoy?) _____
_____
_____

¿Desde cuándo tiene sus síntomas? _____ semanas / meses / años

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

→ Escala de dolor (1=menor, 10=peor): 0--1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 (circulo)

¿Eres diestro o zurdo? (circulo)



Tratamientos anteriores para los síntomas: marque TODOS los que correspondan

☐ Medicamentos: _
_____
_____

☐ Terapia Fisica (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:

- ☐ Fibrilación auricular
- ☐ Enfermedadautoinmune:
- ☐ Trastornos hemorrágicos
- ☐ Coágulos sanguíneos / TVP oEP
- ☐ Aneurisma cerebral
- ☐ Masa cerebral /Tumor
- ☐ Cáncer:
- ☐ Cardiovascular/Cardiopama
- ☐ EPOC
- ☐ Diabetes
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Hipertensiónarterial
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Osteopenia
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Neuropamaperiférica
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Convulsiones
- ☐ Ataque
- ☐ 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 deaudición**

Cardiovascular
- ☐ Latidos irregulares
- ☐ Hinchazón en laspiernas

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