

# VITAL-CARE MEDICAL CENTER

VISITA INICIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RECORD #: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEXO: F ( ) M ( ) EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: MES: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ZIP CODE: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ZIP CODE: \_\_\_\_\_

TELEFONO RESIDENCIAL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A: \_\_\_\_\_

RELACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TUTOR LEGAL (NOMBRE): \_\_\_\_\_ (SI APLICA)

## INFORMACION DE PLANES MEDICOS

1) PLAN PRIMARIO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_

NOMBRE SEGÚN TARJETA: \_\_\_\_\_

ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

2) PLAN SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_

NOMBRE SEGÚN TARJETA: \_\_\_\_\_

ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES CORRECTA Y AUTORIZO AL MEDICO A FACTURAR A LOS PLANES MEDICOS LOS SERVICIOS QUE ME PRESTARA, SIENDO YO RESPONSABLE DE LOS COPAGOS, CO-SEGURO, DEDUCIBLES Y SERVICIOS QUE EL PLAN NO CUBRA.**

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

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

# VITAL-CARE MEDICAL CENTER

## HISTORIAL DE SALUD

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

No. RECORD: \_\_\_\_\_

### ¿HA PADECIDO O PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> ALTA PRESION <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> ARTRITIS <input type="checkbox"/> ASMA/ENFISEMA <input type="checkbox"/> CANCER / QUIMOTERAPIA <input type="checkbox"/> COAGULOS / FLEBITIS <input type="checkbox"/> COLITIS <input type="checkbox"/> CORAZON	<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL <input type="checkbox"/> DESORDEN SANGRADO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRAR <input type="checkbox"/> DIVERTICULOS <input type="checkbox"/> DOLORES DE CABEZA <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL HIGADO <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES VENEREAS	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES <input type="checkbox"/> ESCLEROSIS MULTIPLE <input type="checkbox"/> HEMOFILIA/SANGRA CON FACILIDAD <input type="checkbox"/> HEMORROIDES INTERNAS O EXTERNAS <input type="checkbox"/> HEPATITIS A B C <input type="checkbox"/> MIGRANA <input type="checkbox"/> PROBLEMA DEL RIÑON <input type="checkbox"/> PROBLEMA PSIQUIATRICOS	<input type="checkbox"/> SANGRADO RECTAL <input type="checkbox"/> SIDA/HIV <input type="checkbox"/> TIROIDE <input type="checkbox"/> ULCERAS <input type="checkbox"/> NINGUNA
---	---	--	---

### \*POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER OTRA CONDICION MÉDICA SERIA QUE HAYA PADECIDO O PADECE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO O ALIMENTO:  SI  NO ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

CIRUGIA (INCLUYA FECHA): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTA EMBARAZADA:  SI  NO CUANTO TIEMPO TIENE: \_\_\_\_\_

CAMBIO DE PESO RECIENTE:  GANADO  PERDIDO CUANTAS LIBRAS: \_\_\_\_\_

ABUSO DE DROGAS / ALCOHOL/ TABACO:  SI  NO ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

TRANSFUSION DE SANGRE:  SI  NO

### MEDICAMENTOS Y DOSIS:

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

### HISTORIAL FAMILIAR (MARQUE E INDIQUE RELACION):

<input type="checkbox"/> ALTA PRESION <input type="checkbox"/> ARTRITIS <input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL <input type="checkbox"/> DESORDEN SANGRADO <input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> CORAZON <input type="checkbox"/> LUPUS <input type="checkbox"/> OTRO: _____
---	--	--

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES CORRECTA A MI MEJOR ENTENDER. NO RESPONSABILIZO A MI MEDICO O A SU PERSONAL POR ERRORES U OMISIONES QUE HAYA COMETIDO AL LLENAR ESTE CUESTIONARIO. ENTIENDO QUE TENGO LA LIBERTAD DE SUSPENDER EL TRATAMIENTO CUANDO ASI LO DESEE Y QUE EL MISMO SERA DESCONTINUADO POR EL MEDICO EN CASO DE SER NECESARIO DE ACUERDO AL MEJOR CRITERIO DE ESTE.

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

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

# VITAL-CARE MEDICAL CENTER

## Resumen del Aviso Sobre Prácticas de Privacidad

Este aviso resumido describe en forma general como su información de salud puede ser utilizada, divulgada y como usted puede tener acceso a la misma. Revíselo cuidadosamente. Además, usted tiene derecho a solicitar copia del "Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad" donde se detallan nuestras políticas y prácticas.

- **Usos y Divulgaciones de su Información de Salud**

La oficina del Vital-Care puede utilizar su información de salud para tratamiento (Ej. enviar copia de su información clínica a un especialista como parte de un referido), obtener pago por el tratamiento (Ej. facturar a un plan o seguro de salud), o para otras operaciones para el cuidado de la salud (Ej. evaluar la calidad del tratamiento que usted recibe).

Podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización cuando se use para: (1) propósitos de salud pública; (2) investigaciones sobre maltrato, abuso o violencia doméstica; (3) auditorías; (4) investigaciones científicas (sujeto a determinadas condiciones); (5) donación de órganos; (6) propósitos de compensación por accidentes del trabajo; (7) casos donde haya limitación para comunicarse con usted debido a un impedimento físico, por su condición o por lenguaje; (8) emergencias y (9) funciones especiales del gobierno. Divulgaremos su información de salud cuando es (10) requerido para el cumplimiento con la ley y para (11) mantener el orden público. Además, la podemos utilizar para (12) propósitos informativos (Ej. recordatorios de citas, comunicarle alternativas de tratamiento, recaudación de fondos, etc.). En cualquier otra circunstancia, solicitaremos su autorización escrita antes de utilizar o divulgar cualquier tipo de información de salud identificable de su persona. Si usted decide firmar la autorización para usar y divulgar su información, posteriormente puede revocar la misma y detener cualquier otro uso o divulgación futura. Podemos cambiar nuestras políticas y prácticas de privacidad en cualquier momento. En la eventualidad de un cambio significativo en nuestras políticas, estarán disponibles en las áreas de prestación de servicios y en nuestra página de Internet. Usted puede solicitar copia de éste aviso en cualquier momento. Para información adicional sobre nuestras políticas y prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se identifica al final.

- **Sus Derechos de Privacidad**

Usted tiene derecho a examinar y obtener copia de la información de salud de su persona que consta en su expediente clínico designado por la institución. Si solicita copia de dicha información se le cobrará la cantidad que dispone la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, según enmendada. Usted también tiene derecho a obtener un listado de todas las ocasiones en que hemos divulgado su información de salud para propósitos que no sean de tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud. Si usted entiende que la información en su expediente es incorrecta o se ha omitido información existente, usted tiene derecho a solicitar que se corrija la información existente o se añada la información que falta. La institución tiene derecho a denegar su solicitud en cuyo caso usted puede solicitar reconsideración. Toda determinación le será notificada por escrito y al igual que su solicitud, se incluirá en su expediente. Además, tiene derecho a solicitar que su información de salud le sea comunicada a determinada dirección que no sea la de su residencia o utilizando determinado medio particular (correo, "e-mail", etc.) Si éste aviso se le envió electrónicamente usted puede obtener copia en papel.

- **Quejas**

Si usted entiende que hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre el acceso a su información de salud, puede comunicarse con la oficina que se menciona al final de éste aviso. También puede enviar una querrela por escrito al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. La persona que se menciona al final puede proveerle la dirección si usted se lo solicita. Bajo ninguna circunstancia usted será objeto de represalias por radicar una querrela.

- **Nuestra Obligación Legal**

La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información, proveerle éste aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y cumplir con las prácticas que se describen en el mismo. Si usted tiene alguna pregunta o querrela, comuníquese con el Oficial de Privacidad de la oficina, David Afanador al (787) 954-7777.

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Aviso de Privacidad en la Práctica. Yo entiendo que, al firmar estoy dando mi consentimiento a su uso y desglose de mi información de salud protegida que se requiere para tratamiento, actividades de pago y operaciones del cuidado de salud.

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

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

# VITAL-CARE MEDICAL CENTER

## Nuestras Políticas Financieras

Estamos dedicados a proveer el mejor servicio y cuidado médico posible. A la misma vez esperamos su entendimiento en cuanto a su responsabilidad financiera como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento médico. A menos que otros arreglos se hayan hecho de antemano por usted o su plan médico, el pago por cualquier servicio médico se hará por completo al momento del servicio. Para su conveniencia aceptamos tarjetas de débito / crédito, Visa, Master Card y en adición cheques personales.

### Su Plan Médico

Hemos hecho arreglos previos con muchos planes médicos para aceptar una asignación de beneficios y facturarles como una cortesía con usted. Esto significa que facturaremos a los planes médicos con los que tenemos un acuerdo y solo requeriremos que usted pague el copago, deducible autorizado y/o cualquier por ciento adicional al momento del servicio. La política de esta oficina es coleccionar este dinero cuando usted llegue para su cita. En caso de que su plan médico determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable por la tarifa negociada por el servicio provisto. Este pago vence tan pronto reciba el estado de cuenta enviado por nuestra oficina. Si tiene cobertura médica con un plan con el cual no tenemos un acuerdo previo, los cargos por su cuidado y tratamiento se pagarán al momento del servicio.

### Ausencia a Citas

- En caso de que no cancele su cita con al menos 24 horas de anticipación, será responsable de un cargo de **\$10 dólares**. Este cargo se deberá pagar tan pronto reciba el estado de cuenta de nuestra oficina.

### Responsabilidad Financiera

Todo servicio profesional brindado y facturado al paciente se debe pagar al momento del servicio, a menos que se haya hecho otro arreglo de antemano con nuestra oficina. Se completarán las formas necesarias para facturar a los distintos planes médicos.

- Un cargo de **\$5 dólar se agregará** a su factura por copago que no sea pago al momento del servicio.
- Formas Médicas (FMLA, Certificaciones Médicas, etc.) tendrá un costo de **\$25 dólares**.
- Habrá un cargo de **\$5 dólares** por duplicados de ordenes (laboratorios, referidos, prescripciones, etc.).
- Usted es responsable de verificar que sus laboratorios y/o pruebas médicas sean cubiertas por su seguro. No somos responsables por pagos a laboratorios o centros de pruebas diagnósticas.
- Aceptamos planes secundarios, pero usted es responsable de conocer sus beneficios. No podemos garantizar que su visita sea cubierta por su plan secundario.

### Asignación de Beneficios

Asigno todos los beneficios médicos incluyendo todos los beneficios médicos mayores a los cuales tengo derecho. Autorizo y dirijo a mi plan médico, incluyendo Medicaid, cualquier plan médico privado y cualquier otro plan médico o de salud, a pagar los cheques directamente a favor de Vital-Care por servicios médicos brindados a mí o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de acuerdo al plan, si alguno. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad de dinero que no esté cubierta por mi plan médico.

### Autorización para Emitir Información

Autorizo a Vital-Care a: (1) emitir cualquier información necesaria a los planes médicos con respecto a mi cuidado médico; (2) procesar facturas a dichos planes de acuerdo al curso de examinación y tratamiento médico; y (3) permitir una fotocopia de mi firma para ser usada para propósitos de facturación a los planes médicos de por vida. Esta orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. He requerido servicios médicos de parte de Vital-Care para mí y/o mis dependientes, y entiendo que al hacer este pedido, soy responsable financieramente de cualquier cargo incurrido en el curso del tratamiento autorizado.

Me comprometo a ser financieramente responsable por todos los gastos incurridos sin importar mi tipo de cubierta médica. En caso que mi cuenta sea referida a un servicio de colección debido a falta de pago por mi parte, me comprometo a pagar los gastos legales o de colección que se añadan a mi cuenta. También entiendo que cualquier factura se tiene que pagar el mismo día en el que se brinda cualquier servicio, y me comprometo a pagar todos estos cargos incurridos inmediatamente y por completo al recibir cualquier estado de cuenta. Una fotocopia de esta asignación es considerada igual de válida como la original. También entiendo y estoy de acuerdo que la práctica puede enmendar estos términos eventualmente.

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

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

## Pacientes con Medicare – Autorización Para Medicare

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sea hecho en representación mía. Asigno los beneficios pagaderos cubiertos por los servicios de seguro a Vital-Care quien provee los servicios y autorizo a dicha organización a enviar un reclamo a Medicare para pago. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medigap sea hecho en representación mía. Asigno los beneficios pagaderos cubiertos por los servicios de seguro a Vital-Care quien provee los servicios y autorizo a dicha organización a enviar un reclamo a Medigap para pago.

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

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