

Vital-Care Medical Center

Información de Paciente

Nombre del Paciente: _____ Seg. Social: _____ - _____ - _____ M _____ F _____

Dirección _____ Fecha de Nacimiento: M _____ /D _____ /A _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Núm. Licencia: _____ Estado: _____

Tel. Primario: _____ Casa: _____ Cel: _____ ¿Podemos dejar mensaje? Si ó No

Tel. Secundario: _____ Casa: _____ Cel: _____ Otro: _____ ¿Podemos dejar mensaje? Si ó No

Correo Electrónico: _____

Trabajo: _____ Ocupación: _____

Referido/a por: _____

Estado Matrimonial: Soltero/a _____ Casado/a _____ Pareja _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____

Nombre de Esposo/a ó Pareja: _____

Contacto de Emergencia: _____ Tel: _____ Relación: _____

Persona a quien podamos divulgar información y/o citas médicas:

_____ Relación: _____

Divulgación de Información Médica y Asignación de Beneficios

Yo autorizo la divulgación de mis expedientes médicos para la facturación de mis servicios al plan médico. Autorizo a Vital-Care Medical Center a cobrar por los servicios rendidos. Autorizo que los pagos del plan médico se hagan directo a Vital-Care Medical Center.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Información Médica General

¿Alérgico/a a algún Medicamento? _____

¿Que Medicamentos tomas actualmente? (Favor incluir dosis) _____

¿Tomas Vitaminas? Si ó No ¿Que tipo? _____ ¿Cada Cuanto? _____ Otro Suplemento? Si ó No

¿Hay algún otro Doctor tratándote actualmente? _____

¿Fumas? Si ó No ó Anteriormente ¿Cuantos Años? _____ ¿Cuantos paquetes? _____ día / semanal ¿Cuando te detuvistes? _____

¿Estas interesado/a en detener el uso de cigarrillos? Sí ó No

¿Tomas Bebidas Alcohólicas? Sí ó No ¿Cuantas veces al día? _____ ¿Cuantas veces a la semana? _____

¿Tomas Café o Bebidas con cafeína regularmente? Sí ó No Cuantas bebidas al día: _____

¿Te ejercitas regularmente? (No incluyendo actividades del trabajo) Sí ó No ¿Cuantas veces a la semana? _____

Inmunizaciones (Incluya el año si lo conoze. Si nunca la ha obtenido escriba "Nunca")

Viruela _____ Tétanos _____ Fiebre Tifoidea _____ Polio _____ Rubéola/Sarampión _____

Hepatitis A _____ Hepatitis B _____ Pneumonia _____ Influenza (Vacuna) _____ HPV _____ Otro: _____

Historial Médico

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Exámenes de Prevención (Indique en que año fue realizado/a)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Examen Físico _____ | <input type="checkbox"/> Examen Optico (Ojos) _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Presión Sanguinea _____ | <input type="checkbox"/> Prueba de Estrés (Cardíaco) _____ |
| <input type="checkbox"/> EKG (Electrocardiograma) _____ | <input type="checkbox"/> Colonoscopia _____ |
| <input type="checkbox"/> Panel Lipido (Prueba del Colesterol) _____ | <input type="checkbox"/> Endoscopia _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer de Piel _____ | <input type="checkbox"/> Densidad de Huesos (Mujer) _____ |
| <input type="checkbox"/> Examen Pélvico (Papanicolau) _____ | <input type="checkbox"/> Mamografía (Mujer) _____ |
| <input type="checkbox"/> Examen de Prostata (Hombre) _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aborto _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Abdominal _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Pelvica _____ | <input type="checkbox"/> Injerto de Piel _____ |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia _____ | <input type="checkbox"/> By-pass del Corazón _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Visión _____ | <input type="checkbox"/> Fusión Espinal _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Anorectal _____ | <input type="checkbox"/> Excisión en colonoscopia
Endoscopia or cytoscopia _____ | <input type="checkbox"/> Tumorectomía _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia _____ | <input type="checkbox"/> By-pass Gástrico _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Pulmonal _____ | <input type="checkbox"/> Tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> Masectomía _____ | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas _____ |
| <input type="checkbox"/> Biopsia _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Manos/Pies _____ | <input type="checkbox"/> Implantes _____
(Especifíque _____) | <input type="checkbox"/> Cirugía Urinaria _____ |
| <input type="checkbox"/> Abocamiento Cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Valvula del Corazón _____ | <input type="checkbox"/> Marcapasos _____ | <input type="checkbox"/> Fibroma Utero _____ |
| <input type="checkbox"/> Implantes de Senos _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Vasculat _____ |
| <input type="checkbox"/> Remoción de Cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Hernias _____ | <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Catéter Cardiaco _____ | <input type="checkbox"/> Laminectomía _____ | <input type="checkbox"/> Lesiones en la Piel _____ | |
| <input type="checkbox"/> Colectistomía (Vesícula) _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Historial Médico

Alergias (Peligro a la Vida)	<input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Anafiláctico
Sangre y Glandulas Línfaticas	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sangrados <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> Trombosis <input type="checkbox"/> Anticoagulantes <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica <input type="checkbox"/> Talasemia
Cancer	<input type="checkbox"/> Tipo y Organó _____
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Hypertension (Presion Arterial Alta) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Arterias <input type="checkbox"/> Fallo Cardiaco <input type="checkbox"/> Enfermedad Valvula <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular <input type="checkbox"/> Aneurismo Aórtico <input type="checkbox"/> Disección Aórtica <input type="checkbox"/> Murmullo del Corazón
Oído/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/> Sinositis Crónica <input type="checkbox"/> Problema Auditivo <input type="checkbox"/> Tinnitus (sonido en oídos) <input type="checkbox"/> Vertigo (mareos) <input type="checkbox"/> Rinitis Alérgica <input type="checkbox"/> Condiciones Crónicas en las Cuerdas Vocales
Endocrino	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Pre-diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol/Trigliceridos Alto
Ojo/Visión/ Optico	<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración Macular <input type="checkbox"/> Daltónico <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Anormailidad de la Retina (ej. Degeneración, despliegue) <input type="checkbox"/> Ambliopia (ojo cansado)
Sistema Reproductivo y de Ceno (Mujer)	<input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Quiste Ovárico <input type="checkbox"/> Fibroma Uterino <input type="checkbox"/> Problema Menstrual <input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitida Sexualmente <input type="checkbox"/> Amenorrea (no menstruación) <input type="checkbox"/> Embarazo Ectópico <input type="checkbox"/> Menopausia _____ # de Embarazos _____ # doble embarazo _____ # Término Completo _____ # Perdida de embarazo _____ # Aborto
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Ulcera Péptica <input type="checkbox"/> Reflujo Esofágico <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Crohn's <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa <input type="checkbox"/> Enfermedad isquemica del intestino
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> VIH año diagnosticado _____ <input type="checkbox"/> Infecciones Oportunísticas <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> MAI <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis <input type="checkbox"/> Criptococosis <input type="checkbox"/> Otro _____
Enfermedades de Riñones y Urologicas	<input type="checkbox"/> Anormalidades Anatómicas <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas <input type="checkbox"/> Piedras en Riñon <input type="checkbox"/> Glomerulonephritis <input type="checkbox"/> Protein in urine <input type="checkbox"/> Urinary incontinence
Hígado	<input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Medicion conjugada de Bilirrubina <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Colelitiasis <input type="checkbox"/> Enzimas del Hígado Elevadas
Sistema Reproductivo (Varón)	<input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil <input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitida Sexualmente <input type="checkbox"/> Prostatitis Crónica <input type="checkbox"/> PSA Elevado <input type="checkbox"/> Prostata agrandada

Historial Médico

Musculoesqueletal / Articulaciones	<input type="checkbox"/> Artritis Degenerativa <input type="checkbox"/> Artritis Rematoidea <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Artritis Lyme <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda
Neurológicas	<input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Aneurismo <input type="checkbox"/> Enfermedad del Parkinson <input type="checkbox"/> Multiple esclerosis <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Alzheimer's <input type="checkbox"/> Neuropatia Periferal <input type="checkbox"/> Spina Bifida <input type="checkbox"/> Parálisis Facial <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Síndrome Pre-Menstrual (PMS)
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Arterial Pulmonal (sangre al pulmón) <input type="checkbox"/> Hipertensión Pulmonaria <input type="checkbox"/> Fibrosis Pulmonaria <input type="checkbox"/> Cisuritis <input type="checkbox"/> Pulmón Colapsado <input type="checkbox"/> Tuberculosis
Piel	<input type="checkbox"/> Dermatitis / Eczema <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Cáncer de la Piel
Desordenes del Sueño	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Narcolepsia <input type="checkbox"/> Insomnia Crónica <input type="checkbox"/> Cataléptica <input type="checkbox"/> Sonambulismo
Otras Condiciones Crónicas	<input type="checkbox"/> Dolor Crónico <input type="checkbox"/> Otro _____

Historial Médico Familiar (Indique enfermedades)

Madre (Condiciones Médicas) _____

Padre (Condiciones Médicas) _____

Hermano(s)/Hermana(s) (Condiciones Médicas) _____

Abuelos (Condiciones Médicas, especifique si es maternal o paternal) _____

VITAL-CARE MEDICAL CENTER
Carretera 14, Km 49
Aibonito, PR. 00705
787-954-7777

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**

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 Vital-Care Medical Center, David Afanador al (787) 954-7777.

- **Firma**

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: _____ **Fecha:** _____

VITAL -CARE MEDICAL CENTER
Carretera 14, Km 49
Aibonito, PR. 00705
Tel. 787-954-7777 / Fax. 787-954-7778

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, CareCredit 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 porcentaje 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 completaran las formas necesarias para facturar a los distintos planes médicos.

- Un cargo de **\$5 dólares** 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 medicas sean cubiertas por su seguro. No somos responsables por pagos a laboratorios o centros de pruebas diagnosticas.
- 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 Medical Center 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 de la 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.

Nombre Impreso del Paciente

Firma del Paciente

Fecha



VITAL-CARE MEDICAL CENTER

Carretera # 14, Km. 49

Las Delicias

Aibonito, PR. 00705

Phone. 787-954-7777 / Fax. 787-954-7778

CONCENTIMIENTO PARA ACCESAR BASE DE MEDICAMENTOS ELECTRONICAMENTE

Vital-Care Medical Center, LLC utiliza un Sistema de Records Electrónico que permite prescribir electrónicamente. Los medicamentos son enviados electrónicamente a su farmacia y plan médico mediante una conexión segura que permite que la información a transmitir sea más rápida, efectiva y correcta. Para optimizar el uso de envío electrónico y coordinar su tratamiento efectivamente entre nosotros y sus otros proveedores, le exhortamos que nos permita acceder el sistema para ver y analizar su historial de medicamentos en la base de datos de las farmacias y los planes médicos. Por favor seleccione uno de estos:

- Yo Consiento y Permito que el Proveedor acceda a TODO mi historial de medicamentos.
- Yo Consiento y Permito que el Proveedor acceda a SOLO mi historial de medicamentos prescritos en esta oficina.
- Yo NO Consiento que el proveedor acceda ningún historial de medicamentos.

(English)

Vital-Care Medical Center, LLC uses an electronic medical record system that allows electronic prescribing of medications. Medications are sent to your pharmacy and insurance company through a secure electronic prescription connection which improves the timely and accurate transmission of your medication information. To optimize the use of this electronic capability, and coordinate your care between us and your specialists, we ask that patients allow us to access their medications history through the pharmacies and insurance companies' electronic database. Please check only one of the following:

- I consent to allow my provider to access all of my medication history
- I consent to allow my provider to access only my medication history for medication prescribed in this office.
- I DO NOT consent to my provider accessing any of my medication history.

Firma (Signature): _____

Nombre Impreso (Printed Name): _____

Fecha (Date): _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS (PHI)
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Records Requested (To Be Completed by Office):
Información a ser revelada (Para ser Completado por la Oficina)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Last Office Note and Labs
Ultima Visita y Laboratorios | <input type="checkbox"/> ALL Medical Records
Todos los registros médicos |
| <input type="checkbox"/> Previous Year Medical Records ONLY
Registros Médicos del Pasado Año SOLAMENTE | <input type="checkbox"/> Records from Admission Date:
Registros Médicos de Admisión / Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other (Ex. Radiography)
Otros (Ej., Radiografías): _____ | |

Name (Nombre): _____ **DOB** (Fecha de nacimiento): _____

Address (Dirección): _____ **Phone** (Teléfono): _____

City/State (Ciudad/Estado): _____ **Zip Code** (Código Postal): _____

At my request, I authorize:

Por mi pedido, Autorizó a:

Physician or Practice Name (Médico ó Practica Médica) (_____) _____ (_____) _____
Phone # (Número de Teléfono) Fax # (Número de Fax)

Physician or Practice Name (Médico ó Practica Médica) (_____) _____ (_____) _____
Phone # (Número de Teléfono) Fax # (Número de Fax)

to release my medical records (PHI) to Vital-Care Medical Center for the purposes of continuing care.
a divulgar mis registros médicos a Vital-Care Medical Center para continuación de tratamiento médico.

I authorize the release of all information from my medical record. Unless otherwise indicated, my authorization includes the release of the following (Please strike through those you wish to exclude if any):

Autorizó a divulgar información sobre pruebas, diagnósticos y tratamiento incluyendo los siguientes (Favor traze una linea a los que no desee incluir):

Diagnosis and/or treatment for alcoholism and/or drug abuse or dependency. (Consumo de drogas y/o alcohol)

Diagnosis and/or treatment regarding mental health issues. (Trastornos psiquiátricos/de salud mental)

HIV/AIDS test results diagnosis or treatment. (Pruebas y/o diagnósticos de VIH, virus del SIDA)

Genetic test results and/or related issues. (Pruebas Genéticas y/o problemas relacionados)

I understand this authorization shall be in effect for one (1) year from the date signed. However, I understand that this authorization may be revoked at any time by giving oral or written notice to Vital-Care Medical Center. If I do revoke the authorization it will not have any effect on actions the Vital-Care took before the revocation was received. I understand that my treatment or continued treatment by Vital-Care Medical Center is in no way conditioned on whether or not I sign this form.

Comprendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención de salud (tratamientos, pagos o inscripciones). Esta autorización será efectiva por un (1) año desde su fecha de firma. Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará ninguna medida ya tomada por Vital-Care Medical Center basada en esta autorización. No podré revocar esta autorización si el fin de la misma fuera obtener seguro. Para revocar esta autorización, debo escribir una carta a Vital-Care Medical Center, a la atención de David Afanador. Esta información estará sujeta a re-divulgación y quizá ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Signature (Firma)

Date (Fecha)



Please Fax or Send to (Favor enviar a):

Vital-Care Medical Center

P.O. Box 399

Aibonito, PR. 00705

Phone: 787-954-7777 / Fax: 787-535-9394