

TRIPLE O MEDICAL SERVICES PA. 

2580 METROCENTRE BLVD SUITE 3 WEST PALM BEACH FLORIDA 33407
TEL: 561.832.6770 FAX: 561.832.3292 WWW.TRIPLEOMEDICAL.COM

FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

Doctor de Cabecera: _____ Que Doctor lo refirió a nuestra oficina? _____

¿Alguno de nuestros doctores lo vio en el hospital? Sí No
En caso afirmativo, en qué hospital? St Mary's Good Sam West Palm Kindred

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Dr Mr. Mrs Ms.
Primernombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de seguro social: _____

Estado civil: solo casado divorciado separado viudo Género:

femenino masculino

Etnicidad caucásico afro americano hispano otro _____

Información de contacto

Dirección de su casa: _____
Número Calle Apt# Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la casa: _____ teléfono celular: _____ número del trabajo: _____

En caso de una emergencia, a quien debemos contactar?

Primer nombre Apellido Teléfono de la casa Relación

Información del seguro

Nombre seguro: _____ ID# _____

si usted no es el titular de la póliza, por favor indique el nombre del titular de la póliza y la fecha de nacimiento a continuación.

Primernombre Apellido Fecha de nacimiento

Certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con _____ (compañía de seguros) y asignar todos los beneficios del seguro, en su caso, directamente a Triple O Medical Services, PA. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, si son o no son pagados por mi compañía de seguros. Por este medio autorizo Triple O Medical Services, PA facilitar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de reclamos de seguros.

Paciente (o tutor) firma

Fecha

TRIPLE O MEDICAL 
SERVICES PA.

2580 METROCENTRE BLVD SUITE 3 WEST PALM BEACH FLORIDA 33401
TEL: 561.832.6770 FAX: 561.832.3292 WWW.TRIPLEOMEDICAL.COM

ACUERDO DE COPAGOS Y REPROGRAMACIONES

Copagos y deducibles

- Todos los copagos deben ser cancelados antes de ser visto por un profesional de la salud
- Todos los pagos deben ser cancelados en su totalidad. no podemos aceptar acuerdos de pago sobre los copagos y deducibles

Citas

- Por favor llegue a tiempo a su cita
- Por favor llegar quince minutos antes de la hora de su cita si usted tiene un cambio en su información, para que podamos actualizar su cuenta.
- Usted tiene un período de gracia de diez minutos para la hora de su cita programada. si se excede este tiempo, se le pedirá reprogramar su cita

Cancelación o Ausencia

- Se requiere un aviso de por lo menos 24 horas de anticipación de que usted no puede asistir a su cita
- Si usted no cumple con lo anterior, entonces se le cobrará una cuota de cancelación de \$ 30.00

El paciente es responsable de pagar todos los saldos pendientes antes de programar otra cita

Yo entiendo lo anterior y mi firma a continuación reconoce mi comprensión de esta política.

Paciente (otutor) firma

Fecha

Cuestionario de la historia de salud

<u>Lista de los problemas médicos diagnosticados</u>

Cirugías

Año	Razón	Hospital

Otras hospitalizaciones

Año	Razón	Hospital

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Si No

Lista de medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta, incluyendo vitaminas y los inhaladores

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia que lo toma

Alergias a medicamentos

Nombre del medicamento	Reacción

Sólo para Mujeres

Edad de inicio de la menstruación? _____
 Fecha de la última menstruación? _____
 Cada periodo de _____ días
 Menstruaciones abundantes, irregularidades, manchas, dolor o secreción? Sí No
 Numero de embarazos? _____ numero de nacidos vivos? _____
 ¿Esta embarazada o amamantando? Sí No
 ¿Ha tenido una histerectomía o cesárea? Sí No
 ¿Alguna infección del tracto urinario, vejiga o de los riñones en el último año? Sí No
 ¿Sangre en la orina? Sí No
 ¿Problemas con el control de la micción? Sí No
 ¿Sofocos o sudores nocturnos? Sí No
 ¿Tiene usted tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad y otros síntomas alrededor de su periodo? Sí No
 ¿Ha Experimentado sensibilidad en los senos, bultos o secreción del pezón? Sí No
 Fecha de la última prueba de Papanicolaou y examen rectal _____

Sólo para Hombres

¿Suele levantarse a orinar durante la noche? Sí No
 Encaso afirmativo ¿cuántas veces? _____
 ¿Siente dolor o ardor al orinar? Sí No
 Sangre en la orina? Sí No
 Siente ardor o secreción del pene Sí No
 ¿Ha disminuido la fuerza de su de la orina? Sí No
 ¿Ha tenido alguna infección de los riñones, la vejiga o de próstata en el último año? Sí No
 ¿Tiene alguna dificultad para vaciar la vejiga por complete? Sí No
 ¿Alguna dificultad con la eyaculación o erección? Sí No
 ¿Algún dolor o hinchazón testicular? Sí No
 Fecha del último examen rectal y de próstata: _____

Otros Problemas

Marcar si tiene o ha tenido algún síntoma en las siguientes áreas en un grado significativo. Por favor, explique.

<input type="checkbox"/> piel	<input type="checkbox"/> pecho / corazón	<input type="checkbox"/> cambios recientes en:
<input type="checkbox"/> cabeza / cuello	<input type="checkbox"/> espalda	<input type="checkbox"/> peso
<input type="checkbox"/> orejas	<input type="checkbox"/> intestinal	<input type="checkbox"/> grado de energía
<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> vejiga	<input type="checkbox"/> capacidad para dormir
<input type="checkbox"/> garganta	<input type="checkbox"/> intestino	<input type="checkbox"/> otro dolor / malestar
<input type="checkbox"/> pulmones	<input type="checkbox"/> circulación	

Historia Familiar

Marcar si alguien en su familia tiene alguna de las siguientes condiciones. Por favor explique.

<input type="checkbox"/> hipertensión	<input type="checkbox"/> diabetes	
<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> problemas de tiroides	
<input type="checkbox"/> colesterol alto	<input type="checkbox"/> trastorno genético	
<input type="checkbox"/> enfermedad renal		
<input type="checkbox"/> asma		

TRIPLE O MEDICAL
SERVICES PA.



2580 METROCENTRE BLVD SUITE 3 WEST PALM BEACH FLORIDA 33401
TEL: 561.832.6770 FAX: 561.832.3292 WWW.TRIPLEOMEDICAL.COM

DECLARACION DE RECIBO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

El abajo firmante ha leído y entendido la política de privacidad de Triple O Medical Services, PA y declara que recibió esta política.

Firma - paciente o representante autorizado

fecha

Relación representativa con el paciente

Nombre impreso

USO DE LA OFICINA

Número de Historia Clínica: _____

O

Tratamos de obtener la firma del paciente, sin embargo, él/ella se negó a firmar este formulario.

Motivo de la denegación: _____

Nombre del empleado: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Triple O Medical Services, PA

Privacidad y seguridad

(Normas de privacidad HIPPA)

Este aviso describe cómo la Información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.

Nuestro compromiso de privacidad con usted.

Entendemos que la información sobre usted es personal. Estamos comprometidos a proteger su información. Este aviso le informa cómo nuestra práctica utiliza y revela información acerca de usted. Le informa sobre sus derechos.

ENTENDER LA INFORMACIÓN QUE TRIPLE O MEDICAL TIENE:

Usted ha proporcionado cierta Información a Triple O Medical cuando necesito servicios con nosotros. Esta información incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de seguro social, y las políticas de seguro de salud. También puede haber incluido información de salud. Para algunos tratamientos médicos, otros profesionales de la salud envían Información médica adicional, tales como declaraciones médicas, radiografías, resultados de las pruebas o laboratorios.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que Triple O Medical tiene sobre usted. (Nota: Estos derechos pueden ser limitados por la ley de la Florida u órdenes de la corte).

Usted tiene el derecho de ver y obtener una copia de su información médica. Una excepción son las notas de psicoterapia

Usted tiene derecho de pedir a Triple O Medical cambiar la información de salud que es incorrecta o incompleta. Triple O Medical puede negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de las revelaciones que Triple O Medical ha hecho de su información de salud desde abril del 2003.

Usted tiene derecho de solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Triple O Medical no está legalmente obligado a estar de acuerdo con su solicitud.

Usted tiene el derecho de solicitar que Triple O Medical de comunique con usted acerca de su salud de una manera que ayude a mantener la información confidencial.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso.

REQUISITOS DE LA LEY DE PRIVACIDAD:

Triple O Medical esta obligado por ley a:

Mantener la privacidad de su información médica.

Darle a usted esta notificación de deberes legales y privacidad de la información.

Cumplir con los términos de este aviso.

No utilizar o revelar cualquier información sobre usted sin su permiso, excepto por las razones expuestas en el presente aviso

Si las prácticas de privacidad cambian en el futuro, ofreceremos un nuevo aviso a usted.

Como TRIPLE O MEDICAL utiliza y revela información de atención médica:

Para el pago

Para el tratamiento médico con otro médico o institución

Para operaciones de atención médica

Para las agencias gubernamentales que proporcionan ayuda o servicios

Para la investigación

Si requerido por ley u orden judicial

PARA REPORTAR UN PROBLEMA:

SI usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad Bola Oni (561) 832-6770

Estas prácticas de privacidad descritas en esta notificación han sido eficaces desde abril 2003

REQUISITOS DE LA LEY DE PRIVACIDAD:

Triple O Medical esta obligado por ley a:

Mantener la privacidad de su información médica.

Darle a usted esta notificación de deberes legales y privacidad de la información.

Cumplir con los términos de este aviso.

No utilizar o revelar cualquier información sobre usted sin su permiso, excepto por las razones expuestas en el presente aviso

Si las prácticas de privacidad cambian en el futuro, ofreceremos un nuevo aviso a usted.

Como TRIPLE O MEDICAL utiliza y revela información de atención médica:

Para el pago

Para el tratamiento médico con otro médico o institución

Para operaciones de atención médica

Para las agencias gubernamentales que proporcionan ayuda o servicios

Para la investigación

Si requerido por ley u orden judicial

PARA REPORTAR UN PROBLEMA:

SI usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad Bola Oni (561) 832-6770

Estas prácticas de privacidad descritas en esta notificación han sido eficaces desde abril 2003