



Pedro P. Llana MD, P.A.

¡Bienvenidos a Nuestra Práctica!

Por favor haga clic para contestar e ingresar texto.

Fecha: _____ Número de Expediente: _____ (Oficina lo llena)

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Edad: _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfonos de: Casa (____) ____ - _____ Trabajo: (____) ____ - _____ Móvil (____) ____ - _____ Fax: (____) ____ - _____

Dirección (Otra): _____ Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____

País: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfonos de: Casa (____) - _____ - _____ Trabajo: (____) - _____ - _____ Móvil: (____) - _____ - _____ Fax: (____) ____ - _____

En caso de emergencia: _____ Numero de contacto de emergencia: (____) - _____ - _____

Persona responsable por la cuenta (si es diferente al paciente): _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____ Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medico Primario: _____ Teléfono: (____) - _____ - _____

Información de seguro primario: Nombre del seguro: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Relación con el asegurado Yo Esposo/a Hijo/a Otro _____

Empleo: _____ Status de Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado/a N/A

Escuela: _____ Status Estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado/a N/A

Dirección de Empleo/Escuela: _____

***** COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO ES NECESARIA EN CADA VISITA PARA VERIFICAR SU SEGURO. ADEMÁS, SE LE REQUIERE UNA TARJETA DE IDENTIFICACION OFICIAL QUE CONTenga SU FOTO*****

Fecha: _____ Firma del Paciente o Guardián del Paciente: _____

Por favor llene este formulario y marque lo apropiado para completar su historia médica electrónicamente.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: D/____M/____A/____ EDAD: _____ REFERIDO POR: _____

LENGUA PREFERIDA: _____ MEDICO PRIMARIO: _____

FARMACIA (Nombre, dirección, telefono/fax): _____

Raza: Blanca/Caucásico Afro/Americano Hispano o Latino Indio Americano o de Alaska Asiático
 Nativo de Hawái u otra i isla del Pacifico Otra Desconocida

Etnicidad: Hispano/Latino Americano Armenio Asiático Ingles Chino Francés Alemán Indio
 Irlandés Italiano Judío Coreano Medio Oriente Polaco Escandinavo Escoces Vietnamita
 Desconocida

ALLERGIAS

NINGUNA Demerol Iodo Morfina Propofol Cinta quirúrgica Codeína Fentanyl Látex
 Penicilina Sulfa Versed Otra : _____

¿Tiene alguna dificultad previa a la anestesia o sedante (nausea/vómitos, mucha tolerancia, otra)? Sí No

Explique: _____

RAZON DE SU VISITA A LA OFICINA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia (cerneo) | <input type="checkbox"/> Dolor o picazon rectal | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Eruptos | <input type="checkbox"/> Nausea |
| <input type="checkbox"/> Afinamiento de heces | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Examen hepático anormal | <input type="checkbox"/> Regurgitacion |
| <input type="checkbox"/> Cambios de hábitos intestinales | <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Sangramiento rectal |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Flatulencia/gas | <input type="checkbox"/> Sangre oculta |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Heces negras | <input type="checkbox"/> Sonograma/TAC anormal |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal inferior | <input type="checkbox"/> Historia familiar de polipos o cáncer | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal superior | <input type="checkbox"/> Historia personal de polipos/cáncer | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | | |
| <input type="checkbox"/> Otra razón: _____ | | |

¿Le han hecho alguna evaluación de estos síntomas previamente?

- Examen de sangre o laboratorio. Explique: _____
- Radiografía, ultrasonido, TAC, resonancia magnética, estudios con bario) Explique: _____
- Estudios endoscópicos o colonoscopia. Explique: _____
- Visitas a la sala de emergencia. Explique: _____

***LE AGRADECEMOS NOS MANDE POR FAX A NUESTRA OFICINA TODO LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS PREVIOS PERTINENTES ANTES O IMMEDIATAMENTE DESPUES DE SU VISITA, O NOS FIRMA EL PERMISO PARA MANDAR A BUSCARLOS. Fax: 305-598-0668

¿Qué medicinas a probado para aliviar estos síntomas (recetada o no)?

Enfermedades previas

Gastrointestinal

<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Piedras en la vesícula	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa	<input type="checkbox"/> Fístula anal
<input type="checkbox"/> Hernia de hiato	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Incontinencia fecal
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Intestino irritable	<input type="checkbox"/> Polipos del colon	<input type="checkbox"/> Estudios hepático anormales
<input type="checkbox"/> H. pylori	<input type="checkbox"/> Colon espástico	<input type="checkbox"/> Cáncer del colon	<input type="checkbox"/> Hígado graso
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Celiac	<input type="checkbox"/> Diverticulosis/itis	<input type="checkbox"/> Fisura anal	<input type="checkbox"/> Cirrosis
<input type="checkbox"/> Otras: Explique:			

CARDIOVASCULAR

<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Extra sístoles	<input type="checkbox"/> Prolapso mitral
<input type="checkbox"/> Colesterol/Triglicéridos	<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Desorden del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca
<input type="checkbox"/> Otras: Explique:			

PULMONAL

<input type="checkbox"/> Apnea de sueño	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Pulmonar embolismo	<input type="checkbox"/> Cáncer del pulmón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Sarcoidosis	<input type="checkbox"/> Pleuresía
<input type="checkbox"/> Otras :Explique:			

NEURO-PSIQUIATRICO

<input type="checkbox"/> Ataque cerebral	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación
<input type="checkbox"/> Ataque cerebral transitorio	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Animo hormonal
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Miastenia gravis	<input type="checkbox"/> Enfermedad bipolar	
<input type="checkbox"/> Otras: Explique:			

HEMATOLOGICO

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Linfoma de Hodgkin's	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Hemocromatosis	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Myelodysplasia
<input type="checkbox"/> Otras: Explique:			

ENDOCRINO

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Problemas pituitario
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Nódulo de tiroides	<input type="checkbox"/> Cáncer de la tiroides	<input type="checkbox"/> Problemas adrenales
<input type="checkbox"/> Otras: Explique:			

GENITOURINARIO

<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/> Quiste(s) ovárico	<input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal
<input type="checkbox"/> Piedra(s) del riñón	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Conización cervical
<input type="checkbox"/> Tumor/quiste renal	<input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática	<input type="checkbox"/> Fibroma uterino	<input type="checkbox"/> Cáncer cervical
<input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Cáncer uterino	<input type="checkbox"/> Endometriosis
<input type="checkbox"/> Otra: Explique:			

MAMARIAS

<input type="checkbox"/> Gibosidad mamaria	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama (I o D)	<input type="checkbox"/> Radiación	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Otra: Explique:			

REUMATOLÓGICAS

<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Lupus
<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Osteopenia	<input type="checkbox"/> Polimialgia reumática	<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Otra: Explique:			

OJOS, GARGANTA, NARIZ, Y OIDOS

<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Candidiasis oral
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sjogren's
<input type="checkbox"/> Otra: Explique:			

DERMATOLÓGICA

<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Vitiligo	<input type="checkbox"/> Síndrome de Raynaud's	<input type="checkbox"/> Cáncer escamoso de la piel
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Alopecia	<input type="checkbox"/> Cáncer baso celular	<input type="checkbox"/> Melanoma
<input type="checkbox"/> Otra: Explique:			

CANCEROSAS

¿Tiene otro tumor maligno no mencionado previamente?:

INFECCIOSA

¿Tiene alguna enfermedad transmitida como la hepatitis, VIH, o sexuales?:

¿Lo/a han hospitalizado previamente por otra condición médica no mencionada?:

CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS PREVIOS

<input type="checkbox"/> Vesícula	<input type="checkbox"/> Legrado	<input type="checkbox"/> Vasectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda
<input type="checkbox"/> Appendix	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata	<input type="checkbox"/> Cirugía de pies
<input type="checkbox"/> Reparación hernia ingle	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/> Cirugía de amígdala	<input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent
<input type="checkbox"/> Reparación de otra hernia	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía de sinusitis	<input type="checkbox"/> Revascularización coronaria
<input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal	<input type="checkbox"/> Histerectomía parcial	<input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas	<input type="checkbox"/> Cirugía valvular
<input type="checkbox"/> Cirugía de adherencias	<input type="checkbox"/> Abdominoplastia	<input type="checkbox"/> Lasik	<input type="checkbox"/> Marcapaso
<input type="checkbox"/> Resección del colon	<input type="checkbox"/> Cirugía de ovario	<input type="checkbox"/> Otra cirugía ocular	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> Cirugía de hemorroide	<input type="checkbox"/> Ablación uterina	<input type="checkbox"/> Otra cirugía ocular	<input type="checkbox"/> Cirugía de carótida
<input type="checkbox"/> Cirugía anti-reflujo	<input type="checkbox"/> Biopsia de seno	<input type="checkbox"/> Artroscopia	<input type="checkbox"/> Cirugía vascular
<input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica	<input type="checkbox"/> Tumorectomía	<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla	<input type="checkbox"/> Cirugía de venas
<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Mamo plastia	<input type="checkbox"/> Cirugía de cadera	<input type="checkbox"/> Otra:
<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Otra:

HISTORIAL FAMILIAR

	Padre	Madre	Hijo	Hija	Hermano(s)	Hermana(s)	Abuelo	Abuela
Cáncer del tracto biliar								
Cáncer del cerebro								
Cáncer de mama								
Enfermedad de Celiac								
Cirrosis								
Polipos de colon								
Cáncer de colon								
**Edad diagnosticado*								
Enfermedad de Crohn								
Diabetes								
Enfermedad cardiaca								
Cáncer de ovario								
Cáncer de próstata								
Cáncer de estomago								
Colitis ulcerativa								
Cáncer uterino								

HISTORIAL SOCIAL

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a **Ocupación:** _____

HIJOS (edades y salud general): _____

¿Toma alcohol? Sí No ¿Cuantos vasos de alcohol al día? _____ ¿Por semana? _____

¿Tomo alcohol en el pasado? Si No ¿Cuantos vasos al día tomaba? _____ ¿Por semana? _____

¿Tiene problema con alcohol o drogas? _____

¿Usa tabaco ahora? Si No Número de cajetillas al día: _____ ¿Por cuantos años? _____

¿Uso tabaco en el pasado? Sí No ¿Cuándo paro de fumar? _____ Cajetillas al día _____ ¿Al año? _____

MEDICAMENTOS

Por favor de incluir pastillas anticonceptiva, hormonas, TODO MEDICAMENTO no prescrito, y otros como anti-inflamatorios (Ejemplo: aspirina, Advil, Motrin, Aleve, ibuprofen), anti-acidos (Ejemplo. Zantac, Pepcid, Tagamet, Prilosec OTC), Cremas hemorroidales (Ejemplo: Anusol, Preparation H), vitaminas, y suplementos naturales.

Medicamentos	Dosis	Frecuencia

REVISION DE SISTEMAS

General

<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso			

Ojos

<input type="checkbox"/> Espejuelos	<input type="checkbox"/> Cambios de visión	<input type="checkbox"/> Irritación de ojos	<input type="checkbox"/> Daltonismo
<input type="checkbox"/> Contactos			

Garganta/Nariz/Oídos

<input type="checkbox"/> Perdida de audición	<input type="checkbox"/> Rinitis	<input type="checkbox"/> Ulceras bucal	<input type="checkbox"/> Problemas de encías/dientes
<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Sangramientos nasal	<input type="checkbox"/> Ulceras en la lengua	

Respiración

<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Expectora sangre	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sibilancias
------------------------------	---	--	--------------------------------------

Iniciales _____

Cardiovascular

<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Falta de aire al acostarse
<input type="checkbox"/> Tobillos inflamados/edema	<input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Cambios cianóticos de la mano

Genitourinario

<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Orina oscura
<input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria nocturna		

Endocrino

<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/> Sudores excesivos	<input type="checkbox"/> Pigmentación anormal en la piel	<input type="checkbox"/> Piel seca
<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Hambre excesiva	<input type="checkbox"/> Vellosidad anormal	<input type="checkbox"/> Cabello seco

Huesos/Coyunturas/Músculos

<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Rigidez
--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Nódulos/glándulas linfáticas

<input type="checkbox"/> Mandíbula inflamada	<input type="checkbox"/> Cuello inflamado	<input type="checkbox"/> Axila inflamada	<input type="checkbox"/> Ingle inflamada
--	---	--	--

Neurológico

<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Entumecimiento localizado	<input type="checkbox"/> Dificultad al hablar
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Tremores	<input type="checkbox"/> Dificultad al caminar	<input type="checkbox"/> Falta de memoria

Piel

<input type="checkbox"/> Picazon	<input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Moretones	<input type="checkbox"/> Descamación
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Hombres

<input type="checkbox"/> Cano urinario lento	<input type="checkbox"/> Dificultad al inicio de orinar	<input type="checkbox"/> Supuración del pene
<input type="checkbox"/> Engrandecimiento de senos		

Mujeres

<input type="checkbox"/> Menstruación anormal	<input type="checkbox"/> Menopausia	<input type="checkbox"/> Supuración vaginal
<input type="checkbox"/> Tumor(es) de seno	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Supuración de pezón

Firma del paciente of guardián legal

Fecha

Iniciales del Medico

Fecha



Declaración y Póliza Financiera

Nos dedicamos a proveer el mejor cuidado posible y queremos que entienda nuestra póliza financiera.

- Pago será hecho al momento de su visita a no ser que se haya hecho arreglos con su seguro con anterioridad. Aceptamos efectivo, cheque personal, o tarjeta de crédito.
- Hemos hecho arreglos con varias compañías de seguros y planes de salud para aceptar asignación de sus beneficios. Les enviaremos la cuenta a su seguro pero usted es responsable por el co-pago o deducible que no haya cubierto al momento de su visita.
- Si usted está asegurado por algún plan de salud del cual no somos proveedores, nosotros le proveeremos el reclamo en términos “no asignado”. Esto quiere decir que su seguro le va a enviar el pago a usted directamente, por lo tanto nuestros honorarios por su cuidado médico deben ser pagados al momento de su visita y/o antes de su procedimiento.
- No todos los planes médicos cubren todos los servicios. En caso que su plan médico determine que el servicio no será cubierto, usted es responsable de cubrir los honorarios por completo en cuanto reciba la cuenta de nuestra oficina.
- Enviaremos la cuenta a su seguro por los servicios provisto en el hospital. Usted es responsable de cualquier balance pendiente.
- Le pediremos su tarjeta de seguro y una identificación (licencia de conducir u otra forma de identificación aceptada por el gobierno) en cada visita. Todos los co-pagos y balances deben de ser pagados al momento de su visita al médico.
- Algunos planes requieren que usted adquiera autorización de su médico primario o PCP antes de su visita a esta oficina. Es su responsabilidad tener una autorización y mantenerla vigente. Si no tiene dicha autorización el día de su cita, le pediremos que regrese otro día con ella.
- Estoy de acuerdo que en caso que mi cuenta sea referida a una agencia de cobros o a un abogado por cobros, yo soy responsable de los costos de la agencia, abogado y de corte.
- Yo comprendo que mi co-pago por la consulta si es aplicable, no tiene reembolso por ningún motivo.
- Yo autorizo que los pagos de beneficios médicos sean hechos a Pedro P. Llaneza, M.D., PA.
- **Si mi seguro no paga mis gastos médicos, se cobrará mi tarjeta de crédito que presento en este momento en la oficina y me hago responsable de los cargos que adeudo.** Copia digital hecha por: _____ (Inicial de empleado)
- **Cancelación de cita a la oficina** o faltar a una cita sin avisar con más de 24 horas de antelación resulta en una **penalidad de \$25.00.**
- **Cancelaciones de procedimientos** deben de hacerse con 48 horas de anticipación, de lo contrario, esto resultará en una **penalidad de \$75.00 en la primera ocasión, y de \$125.00 en la segunda.** Una tercera cancelación puede resultar en expulsión de nuestra oficina. Estos cargos no están cubiertos por su seguro, y serán cobrados a la tarjeta.
- He leído y entiendo estas declaraciones y póliza financiera de esta oficina y estoy de acuerdo con sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que dichos términos pueden estar sujeto a cambios cada cierto tiempo.
- Yo he recibido la Noticia de Practica Privada.

“Bajo la ley del estado de la Florida, los médicos son requeridos generalmente llevar el seguro médico de negligencia o de otro modo demostrar responsabilidad financiera para cubrir los reclamos potenciales por la negligencia médica. Su doctor ha decidido no llevar el seguro médico de negligencia (desde el 1ro de octubre del 2003). Esto se permite bajo la ley del estado de la Florida sujeto a ciertas condiciones. La ley del estado de la Florida impone penalidades contra médicos sin el seguro médico de negligencia médica. Este aviso se provee de acuerdo con la ley del estado de la Florida.”

Estamos obligados por ley a darle una copia de esta notificación para firmar como prueba que usted está informado y guardarla en su expediente clínico.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha



Pedro P. Llaneza M.D.,P.A.

CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE

Sección A: Paciente dando el consentimiento.

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____ Numero de seguro social _____

Sección B: Al Paciente. Por favor lea con cuidado.

Propósito de consentimiento. Al firmar esta forma, usted consiente el uso y divulgación de su información privada de salud para el tratamiento, pago, y operaciones de salud.

Notificación de Practicas de Privacidad. Usted tiene el derecho de leer nuestra Noticias de Sistemas antes de decidir si lo firma o no. Nuestra notificación describe las circunstancias donde se pudiesen usar esta información como: tratamiento, actividades de pago y cuidado de salud. Una copia se le será facilitada junto a este consentimiento. Le sugerimos que la lea con cuidado antes de firmar.

Reservamos el derecho a cambiar nuestras practicas de privacidad descritas en nuestra Notificación de Practicas de Privacidad. Si hubiesen cambios serán notificados de los cambios.

Pueden obtener una copia de nuestra NOTIFICACION DE SISTEMAS DE PRIVACIDAD comunicándose a: Pedro P. Llaneza, M.D. Atención: Oficial de HIPAA 9195 SW 72 St, #120, Miami, FL 33173 Telefono: 305-598-9090.

Derecho a revocar: Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito a la dirección mencionada. Por favor entienda que esta revocación estará en efecto desde el momento que usted firme en adelante, y no sera aplicable a acciones antes de ella. Nosotros reservamos el derecho de rechazar seguir tratándolo médicamente si usted revoca este consentimiento.

FIRMA

- Yo, _____, he tenido oportunidad de leer y considerar el contenido de este consentimiento para el uso y divulgación de mi información privada de salud para el tratamiento de ella, actividades de pago, y operaciones de salud.
- Yo, _____ autorizo a la siguiente persona _____ recibir información medica concerniente a mi salud para el tratamiento de ella, actividades de pago, y operaciones de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE Noticia de Sistema de Privacidad (HIPAA)

YO, _____, he leído o recibido una copia de Noticia de Sistema de Privacidad en esta oficina. (HIPAA).

PARA USO DE OFICINA

Nosotros intentamos obtener una firma de comprobante de recibo de Noticia de Sistema de Privacidad, pero no pudimos obtenerla porque:

- _____ Individual rehusó firmar.
- _____ Barrera de comunicación prohibía el reconocimiento.
- _____ Una situación de emergencia previno el obtener reconocimiento.
- _____ Otra razón _____