

Fecha de su Cita: _____

Hora de su Cita: _____

Bienvenido a Miami Family ENT

Adjunto se encuentran las formas para pacientes nuevos.

Por favor visite nuestro sitio de web www.miamifamilyent.com

Para citas de primera vez, por favor traiga lo siguiente:

- Formas de paciente nuevo completadas
- Tarjeta(s) de seguro de salud Identificación de foto
- Lista de medicamentos que está tomando
- Historia médica reciente que pertenece a su razón de visita
- Referido/autorización de su seguro/doctor primario
- Por sus beneficios de seguro, cualquier copago, coseguro, o deducible/gastos fuera del bolsillo que el paciente es responsable en el tiempo de su visita.

PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS DE LA OFICINA

Bienvenida a Miami Family ENT, gracias por elegirnos. Esperamos trabajar con usted para atender sus necesidades de salud y haremos todo lo posible para ofrecer el mejor cuidado médico. Con el fin de conocer el funcionamiento de nuestra oficina, estamos proveyendo esta información que esperamos sea de utilidad.

NUESTRA OFICINA

Nuestro doctor y personal están comprometidos en brindarle la mejor atención posible en un ambiente amable, humanitario y eficiente. Nuestra oficina se mantiene al día en las últimas investigaciones médicas sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de otolaringología. Ofrecemos cobertura médica dentro las horas de oficina.

CITAS

Para servirle mejor, solamente vemos a pacientes por cita. Por favor llame al 305-663-1552 para programar sus citas. Si usted es incapaz de mantener su cita, le pedimos que nos informe al menos con 24 horas de anticipación para poder acomodar a otros pacientes que necesitan atención médica. Cobramos una tarifa administrativa de \$10.00 si no se presenta a su cita o si no nos notifica por adelantado como indicado. Cobramos una tarifa de \$20.00 si no se presenta a su cita para procedimiento, o si no nos notifica por adelantado como indicado.

FORMULARIOS

Hay una tarifa administrativa de \$25.00 por completar cualquier formulario de discapacidad, FMLA, o trámites relacionados.

LLAMADAS TELEFÓNICAS

Por favor llámenos durante horas regulares de oficina si tiene preguntas acerca de su atención médica, si necesita rellenar sus recetas, resultados de laboratorio o tomografías, o cualquier otra pregunta. Todas las llamadas se atienden dentro 9AM-2PM de lunes a viernes, no se rellenan recetas durante horas no laborales o días feriados.

SERVICIOS FUERA DE HORAS DE OFICINA

Si usted tiene una pregunta médica urgente después de horas de oficina, por favor llame al 305-663-1552 y nuestro servicio telefónico tomará un mensaje para nuestra oficina o proveedor. Para cualquier otro asunto no urgente pedimos que llame a la oficina durante las horas regulares.

Déjenos saber si tiene alguna pregunta sobre estas prácticas.

He leído y entiendo las anteriores prácticas administrativas.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____



Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha: _____

HAS TENIDO ALGUNOS DE ESTOS SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS:

- Fiebre
- Toz
- Falta De Aire
- Dificultad Respirando
- Escalofrio
- Dolor Muscular
- Dolor De Cabeza
- Dolor De Garganta
- Perdida De Sabor O Olfacto

¿HAS VIAJADO A CUALQUIER LUGAR FUERA DE FLORIDA O ESTADOS UNIDOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS? _____

¿HAS ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN QUE TIENE COVID-19 O QUE PUEDE VER ESTADO EXPUESTO A COVID-19?

¿HAS SIDO DIAGNOSTICADO CON COVID-19? CUANDO? _____

¿TIENES ALGUNAS CONDICIONES PRE-EXISTENTES? _____

MIAMI FAMILY ENT
Pablo Arango, MD

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Fecha De Nacimiento: _____ Estado Civil: __ Casado __ Divorciado __ Soltero __ Viudo
Raza: Indio Americano __ Africano Americano __ Asiatico __ Blanco __ Otro: _____
Origen Étnico: Hispano o Latino __ No Hispano o Latino _____
Dirección: _____ Apto: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Telef. Casa: _____ Cell: _____ Trabajo: _____
Email: _____ SSN: _____ - _____ - _____
Contacto de Emergencia: _____ Telef: _____
Relación: _____
Médico Primario: _____ Telef: _____
Razón de la visita: _____
Nombre de su Farmacia: _____ Telef: _____
Dirección de la Farmacia: _____
Nombre de su Seguro: _____

Asignación de Beneficios e Información Médica

Yo autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor mencionado por el tratamiento dado y autorizo a la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. También autorizo a cualquier médico/centros diagnósticos y laboratorios a compartir mi información médica con Dr. Pablo Arango, MD con el fin de proveer tratamiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Paciente/Padres del menor)

HISTORIA MEDICA

Compañías de seguro están pidiendo información específica sobre su historia médica y social. Por favor responde a las preguntas detalladamente. Las respuestas son confidenciales y sin autorización de usted, siguen privadas.

Condiciones Médicas

Presion de sangre alta
 Diabetes
 Colesterol Alto
 Enfermedad de Tiroides

Adicional:

Cirugías Pasadas y fecha (mes/año)

Hospitalizaciones y fecha

Medicamentos (El nombre y dosis)

Historia Social

Tabaco

Pipa si no veces al DÍA/SEMANA
Cigarrillo si no veces al DÍA/SEMANA
Cigarro si no veces al DÍA/SEMANA
Dip de Tabaco si no veces al
DÍA/SEMANA

Alcohol

Cerveza si no veces al DÍA/SEMANA
Vino si no veces al DÍA/SEMANA
Liquor si no veces al DÍA/SEMANA
Marijuana si no veces al DÍA/SEMANA
Forma de usar (FUMAR/COMESTIBLE)

Otras Drogas

Obstetricia

Número de embarazos Partos/Hijos__

Alergias de Medicamentos (Medicamento, reacción)

¿Quieres información o ayuda en dejar de usar tabaco/alcohol/otras sustancias? si

NOMBRE:

FECHA:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

REPASO DE SISTEMAS (solo marca lo que aplica)

<p>GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escalofrios <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga 	<p>GARGANTA/CUELLO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor en la garganta <input type="checkbox"/> Amígdalas inflamadas <input type="checkbox"/> Sensibilidad <input type="checkbox"/> Cambios de voz / Ronquera 	<p>MUSCULOSKELETAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Problemas de espalda/ Hernia de disco
<p>OJOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vision borrosa <input type="checkbox"/> Vision doble <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Enrojecimiento 	<p>RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tuberculosis positiva <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tosiendo Sangre <input type="checkbox"/> Flema <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Dificultad de respirar <input type="checkbox"/> Ronquera 	<p>PSIQUIATRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambios de comportamiento <input type="checkbox"/> Perdida de memoria <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Alucinación/escuchar voces
<p>NARIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Secrecion <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Catarros Frecuentes <input type="checkbox"/> Obstrucciones nasales <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Sagramiento de nariz 	<p>CARDIOVASCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Presion alta <input type="checkbox"/> Palpaciones <input type="checkbox"/> Soplos <input type="checkbox"/> Historia de ataque de corazón <input type="checkbox"/> Colocación de un stent cardíaco <input type="checkbox"/> Marcapasos 	<p>NEUROLOGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Marcha inestable
<p>MOUTH</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado de las encía <input type="checkbox"/> Goteo nasal <input type="checkbox"/> Dolor en la lengua 	<p>GASTROINTESTINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor en el abdomen <input type="checkbox"/> Falta de apetito <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Problemas en tragar <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Vomitando sangre <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado 	<p>ENDOCRINO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Ganas de orinar excesivas <input type="checkbox"/> Intolerancia de calor <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Diabetes
<p>OREJAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Secrecion <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Infeccion <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Mareo/Vertigo 	<p>HEMATOLOGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Moretones <input type="checkbox"/> Glandulas inflamadas <input type="checkbox"/> Sagramiento facil <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación 	<p>ALLERGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Picazón en ojos <input type="checkbox"/> Goteo nasal <input type="checkbox"/> Ojos llorosos <input type="checkbox"/> Picazón de nariz <input type="checkbox"/> Coriza

QUESTIONARIO DE SINUS/ALERGIAS

Nombre: _____ Fecha: _____ Tiempo Presentando Síntomas: _____

¿Qué síntomas está presentando? (Marque todas las opciones que apliquen)

<input type="checkbox"/> Congestion nasal	<input type="checkbox"/> Estornudos	<input type="checkbox"/> Goteo Nasal
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Garganta irritada	<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Presión en los oídos	<input type="checkbox"/> Presion facial	<input type="checkbox"/> Dolor facial
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Cambios en el olfato
Otros _____		

¿Qué medicamentos SIN RECETA ha usado para tratar de mejorar sus síntomas?

<input type="checkbox"/> clairitn/loratadine	<input type="checkbox"/> allegra/fexofenadine	<input type="checkbox"/> zyrtec/cetirizine
<input type="checkbox"/> benadryl	<input type="checkbox"/> afrin spray nasal	<input type="checkbox"/> flonase
<input type="checkbox"/> xyzal/levocetirizine	<input type="checkbox"/> solucion salina	<input type="checkbox"/> zicam
<input type="checkbox"/> neti pot	<input type="checkbox"/> ayr	<input type="checkbox"/> advil cold and flu
<input type="checkbox"/> tylenol	<input type="checkbox"/> sudafed	<input type="checkbox"/> dayquil/nyquil

¿Qué PRESCRIPCIONES ha tomado para mejorar sus síntomas?

<input type="checkbox"/> Dymista	<input type="checkbox"/> Nasonex	<input type="checkbox"/> Patanese
<input type="checkbox"/> Qnasal	<input type="checkbox"/> Astepro	<input type="checkbox"/> Astelin
<input type="checkbox"/> Levaquin	<input type="checkbox"/> Cipro	<input type="checkbox"/> Augmentin
<input type="checkbox"/> Amoxicilin	<input type="checkbox"/> Z-Pack	<input type="checkbox"/> Predinose
<input type="checkbox"/> Medrol dose pack	<input type="checkbox"/> Avelox	<input type="checkbox"/> Doxycycline
<input type="checkbox"/> Cephalixin	<input type="checkbox"/> Keflex	<input type="checkbox"/> Atrovent
<input type="checkbox"/> Ceftin	<input type="checkbox"/> Omnicef/Cefdinir	_____ Otros

Historial de Antibióticos

Cuántas veces ha sido tratado con antibióticos en los últimos 12 meses? _____

¿En qué farmacia recoge sus medicinas?

Cirugia

¿Se ha hecho alguno de los exámenes o cirugías?

Examen de alergias

Fecha del examen _____

Resultados _____

CT Sinus

Fecha del examen _____

Resultados _____

Cirugias

Tipo de cirugia(s) _____

NOTICE TO PATIENTS

“Under Florida law, physicians are generally required to carry medical insurance or otherwise demonstrate financial responsibility to cover potential claims for medical malpractice.

YOUR DOCTOR HAS DECIDED NOT TO CARRY MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE. This is permitted under Florida law subject to certain conditions. Florida law imposes penalties against non-insured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of medical malpractice. This notice is provided pursuant to Florida law.

We are required by law to give you a copy of this notice to sign, acknowledge its receipt, and keep in your patient file.”

NOTIFICACION A LOS PACIENTES

“Bajo la ley de la Florida, se requiere que los médicos tengan un seguro médico o de otra manera demostrar responsabilidad financiera para cubrir reclamos de negligencia médica.

SU MÉDICO HA DECIDIDO NO TENER EL SEGURO DE NEGLIGENCIA MÉDICA. Esto es permitido bajo la ley de la Florida sujeto a ciertas condiciones. La ley de la Florida impone penalidades en contra de los médicos que no están asegurados y que no pueden satisfacer los reclamos de negligencia médica.

La ley requiere que le demos esta notificación a los pacientes para que firmen, después de que la lean y la comprendan. Una copia de esta notificación firmada por el paciente será guardada en su expediente.”

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER HISTORIA EXTERNA DE MEDICAMENTOS

Yo, _____, autorizo a los proveedores y personal de Miami Family ENT a obtener mi historia de recetas/medicina externas a través de los servicios de RxHub.

Entiendo que la historia de medicamentos proveniente de otros proveedores, compañías de seguro, y farmacias puede ser visto por los proveedores y personal de nuestra oficina, y que puede incluir una lista específica de antiguas recetas/medicamentos.

CON MI FIRMA ACEPTO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LO QUE ESTÁ ESCRITO CON ESTE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO ACCESO.

Firma del Paciente

Fecha

LO SIGUIENTE ES PARA SOLO PARA USO DE OFICINA.

Testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN

El Departamento de Servicios Humanos y de Salud ha establecido una “Regla de Privacidad” con miras a asegurar que se proteja la privacidad de la información sobre la atención personal de la salud y que se use o se comprará solamente la mínima información que sea necesaria con el fin de proporcionar una norma a ciertos proveedores de servicios de salud para obtener el conocimiento de sus pacientes para usos y revelaciones de información acerca de la salud de usted para fines de tratamientos, pagos o operaciones de cuidado de la salud. Al firmar el presente consentimiento, usted reconoce comprender que sus médicos tal vez necesitan proporcionar información médica a otros médicos, farmacia, hospitales, compañías de seguro, laboratorios y agencias de facturación correspondientes.

Como paciente nuestro, queremos que usted sepa que respetamos la privacidad de sus expedientes médicos personales. Tal vez nosotros tengamos relaciones terapéuticas indirectas con usted (tales como a través de laboratorios que solamente tiene relaciones con médicos y no con pacientes) y quizás tengamos que revelar información personal sobre su salud para fines de tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. Estas entidades a menudo no tienen que obtener el consentimiento del paciente.

El negarse a dar consentimiento al uso o revelación de información personal sobre su salud le prohíbe al médico facturar sus servicios, programar la atención que se le vaya a dar a usted en el hospital, llamar a una farmacia para que le despachen su receta como así satisfacer otras necesidades médicas. En virtud de esta ley, tenemos el derecho de negarnos a dar tratamiento si usted decide negarse a revelar Información Personal sobre su Salud (PHI por las siglas en inglés de Personal Health Information). Si usted decide dar su consentimiento mediante este documento, en algún momento en el futuro usted también podrá revocar dicho consentimiento por escrito. No se dará a conocer ninguna otra información a partir de la fecha en que usted le presente dicha revocación al doctor.

Si tiene alguna pregunta acerca del presente formulario, pida hablar con nuestro Funcionario de Cumplimiento con la HIPAA (HIPAA Compliance Officer).

Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso sobre la privacidad, a pedir que se impongan restricciones así como a revocar por escrito su consentimiento después de usted haber revisado nuestro aviso sobre la privacidad.

Nombre en letra de molde: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO PARA NUESTROS PACIENTES

A nuestro pacientes, el mal uso de la Información Personal sobre la Salud (PHI) ha sido identificado como un problema nacional que causa molestias, exasperación y gasto de dinero. Queremos que sepan todos nuestro empleados, gerentes, y doctores continuamente reciben entrenamiento para que sepan comprender y cumplir las reglas y regulaciones gubernamentales con respecto a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por las siglas en inglés de Health Insurance Portability and Accountability Act), dándole especial énfasis a la "Regla sobre la Privacidad. Nos esforzamos por alcanzar las más elevadas normas de ética e integridad en la prestación de servicios a nuestros pacientes.

He recibido, revisado y leído La Notificación de Avisos de Privacidad.

Por favor, indique a continuación cuál de los siguientes métodos usted prefiere si necesitamos contactarlo, informar sobre resultados, o si usted desea que podamos discutir asuntos sobre su salud con alguien más.

Se puede dejar mensaje en el correo de voz

Se puede mandar por correo electrónico

Se puede dar mi información a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Médico Primario: _____ Médico que lo refirió: _____

Otro: _____

Ninguno de los métodos anteriores es aceptable.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

PÓLIZA FINANCIERA

Muchas gracias por escoger a Miami Family ENT, Pablo Arango, MD, como su proveedor de cuidados de salud. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. A continuación aparece una declaración de nuestra póliza financiera que **necesitamos que lea y firme antes de ofrecerle cualquier tratamiento**. Todos los pacientes deben llenar nuestros formularios de información antes de ver al doctor.

- **EL PAGO DEBE EFECTUARSE AL MOMENTO DE SU CITA**
- Aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas de crédito.
- Existe un **cargo de \$30.00 si el cheque entregado retorna** y no se aceptarán más cheques de dicho paciente.

CONTRATO FINANCIERO

Como cortesía para nuestros pacientes, aceptamos la sección de los beneficios de seguro en la mayoría de los casos. Sin embargo, si exigimos que pague su copago, co-porcentajes, deducibles, o la suma por la cual el paciente sea responsable al momento en que se presentan los servicios. Todo deducible, copago, co-porcentaje, y servicios no cubiertos por su compañía de seguro serán responsabilidad del paciente al momento de la visita. Esto incluye sumas por las visitas a la consulta, uso de cámaras para llegar a un diagnóstico, control de sangramiento nasal, y otros procedimientos sujetos a su deducible.

Además, si su seguro requiere una autorización/referido y usted no lo ha obtenido antes de la fecha de su consulta, usted será responsable por el balance de su factura.

Las facturas médicas de los gastos de esta consulta son responsabilidad exclusiva del paciente o del guardián legal, independientemente del estado de su seguro. Las cuentas no pagadas se consideran como un incumplimiento de la obligación de pagos después de 90 días a partir de la fecha de tratamiento.

El suscrito/a conviene que al firmar como padre, esposo/a, fiador, guardián o paciente, asume la responsabilidad y obligación por cualquier balance pendiente que derive a causa de tratamiento médico a dicho paciente. En caso de que la cuenta fuese referida a un abogado, yo autorizo al abogado que obtenga mi reporte de crédito; y el suscrito/a pagará dichas cuentas legales y asumirá costos de colección.

Los intereses se cobrarán a partir de los 45 días posteriores a la fecha de servicio hasta que se paguen, y se acumularán al 18% anualmente.

SECCIÓN DE BENEFICIOS

Por medio de la presente autorizo que se haga el pago directamente a Miami Family ENT, Pablo Arango, MD, de los beneficios que mi compañía de seguros deba. Sé que soy financieramente responsable por las sumas que no cubre la compañía de seguros. Además, se que si mi compañía de seguro me envía el pago a mí, le pagaré inmediatamente a "Miami Family ENT", Pablo Arango, MD.

Firmando abajo, autorizo que se dé a conocer toda la información médica a la compañía de seguros y por este medio doy mi consentimiento al tratamiento estipulado.

→

(Firma de paciente o guardian)

Fecha: