

Henry Calas MD PA

Ver 1.1 8/2018

827 SE 5th Street Stuart, FL 34994 Current patients:

Insurance cards, ID and applicable co-payment are required at every visit.

Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

Número de Teléfono Primario: _____ Teléfono Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____ Seguridad Social #: _____

Raza: ☐ Afroamericano / Negro ☐ Asiático ☐ Caucásico ☐ Hispano / Latino ☐ Multirracial

☐ Otro: _____ Etnicidad: _____ ☐ Disminución

Lenguaje: _____ Estado Civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Nombre de la Esposa (si es aplicable): _____ Teléfono: _____

Nombre del Cuidador (si es aplicable): _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Proveedor de Referencia: _____ Teléfono: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono: _____

Situación Laboral: ☐ Desempleado ☐ Tiempo Completo ☐ Medio tiempo ☐ Discapacitado ☐ Retirado

Paciente Empleador: _____ Ocupación: _____

Seguro Primario: _____ Tenedor de una Póliza: _____

Número de Suscriptor o Contrato: _____ Fecha de Nacimiento Asegurada: _____

Seguro Secundario: _____ Tenedor de una Póliza: _____

Número de Suscriptor o Contrato: _____ Fecha de Nacimiento Asegurada: _____

Farmacia: _____ Ubicación: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO PARA E-PRESCRIPCIÓN Y HISTORIAL DE MEDICACIÓN

Entiendo que como parte de la historia clínica electrónica, Henry Calas MD transmitirá mis recetas electrónicamente, según lo permitido, a la farmacia que designo como mi principal proveedor de farmacia. Además, Henry Calas MD obtendrá el historial de todas mis recetas anteriores que datan de hace dos años de los gerentes de beneficios de farmacia y entiendo que esas recetas se convertirán en parte de mi registro de salud electrónico. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento a las acciones anteriores.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE REGISTRO y ASIGNACIÓN DE SEGURO

Por la presente autorizo a Henry Calas, MD a divulgar toda la información médica que se haya solicitado previamente a cualquier médico, hospital o clínica donde haya sido tratado. También entiendo que esta autorización para divulgar información médica solo será válida a los fines de una segunda opinión o derivación para una evaluación especializada adicional. Acepto toda la responsabilidad por el pago de los servicios que me prestan y acepto pagarlos en su totalidad, en el momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. Por la presente, autorizo el pago de los beneficios de mi póliza de seguro, en su caso, que se abonará directamente a Henry Calas MD por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos los deducibles y los copagos o coseguros. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica requerida por mi compañía de seguros. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo incurrido en el cobro de esta cuenta, en caso de impago. Dichos cambios incluyen, entre otros, honorarios legales, intereses o cargos por mora.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____ Fecha: _____

Henry Calas MD PA

827 SE 5th Street Stuart, FL 34994

Fecha: _____

Nombre: _____

Motivo de su visita: _____

Historial médico pasado: compruebe (✓) si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| ☐ Anemia / Desorden de Sangrado | ☐ Asma / Enfisema |
| ☐ Bronquitis | ☐ Cáncer (Tipo) _____ |
| ☐ Diabetes | ☐ Tumor (tipo) _____ |
| ☐ Ataque al Corazón / Enfermedad | ☐ Transfusión de Sangre |
| ☐ Hepatitis: A,B o C | ☐ Dolores de cabeza / migrañas |
| ☐ La Enfermedad de Úlcera Péptica | ☐ Alta Presion Sanguinea |
| ☐ Neumonía o TB | ☐ Polio |
| ☐ Convulsiones | ☐ Fiebre Reumática |
| ☐ Derrame Cerebral /TIA | ☐ Trastorno Sinusal |
| ☐ Tiroides / Enfermedad Glandular | ☐ Colitis |
| ☐ Hemorragia Gastrointestinal | ☐ HIV+ or AIDS |
| ☐ Marcapasos | |

Historia quirúrgica pasada: _____

Listar todos los medicamentos: ¿Cuáles están tomando actualmente? Incluya dosis y frecuencia.

¿Eres alérgico a algún medicamento o sustancia ambiental? Si es así, por favor liste:

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica al yodo, tinte de contraste o mariscos? _____

Uso diario aproximado de lo siguiente:

Alcohol: _____ Tabaco: _____ Cafeína: _____

Historial familiar: indique cualquier historial de enfermedades en su familia, como

1) Cáncer 2) Condición del corazón 3) Diabetes 4) Convulsiones 5) Accidente cerebrovascular 6) Presión arterial alta 7) Dolores de cabeza 8) Problemas de memoria 9) Trastornos musculares

Padres:

Madre: _____

Padre: _____

Abuelos: _____

Hermanos, Hermanas: _____

Tías, Tíos, Primos _____

Niños: _____

Revisión de sistemas: indique mediante un cheque (✓) cualquiera de los siguientes síntomas:

☐

Visión borrosa

☐

Estreñimiento

☐

Drenaje de Ojos / Oídos / Nariz

☐

Hinchazón de pierna / tobillo

☐

Pérdida del Intestino / Función de la Vejiga

☐

Falta de Aliento

☐

Sangrienta, Dolorosa Micción

☐

Dolor de Pecho

☐

Diarrea

☐

Problemas de Memoria

☐

Palpitaciones

☐

Sangrado Rectal

☐

Tos con Sangre

☐

Vómitos de Sangre

Henry Calas MD PA

827 SE 5th Street Stuart, FL 34994

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (HIPAA)

Estimado paciente:

Complete la información a continuación para asegurarse de que todas las solicitudes relacionadas con la divulgación de su información médica se procesen correctamente y cumplan con la Ley de registros médicos de Florida Health Care y con las reglamentaciones de HIPAA.

La finalización de este formulario de autorización permite a Henry Calas, M.D., divulgar información médica específica a su representante personal designado.

Por la presente autorizo a Henry Calas, M.D. a divulgar toda mi información de salud (por ejemplo, resultados de pruebas, medicamentos, citas y cualquier otra información médica) a:

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Doy mi consentimiento para que Henry Calas, M.D. use y divulgue información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica conocidas como (TPO).

Con este consentimiento, Henry Calas, MD puede llamar a mi casa u otra ubicación alternativa para dejar mensajes o en persona, puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa en referencia a cualquier artículo que ayude a la oficina a realizar (TPO) como recordatorios de citas , artículos de seguro y / o resultados de pruebas que pertenecen a mi cuidado clínico.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Esta autorización permanecerá vigente a menos que el paciente la retire por escrito.

Henry Calas MD PA

827 SE 5th Street Stuart, FL 34994

Teléfono: 772-223-5525 FAX: 772-223-0960

AUTORIZACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

ATENCIÓN PACIENTES

Por favor firme a continuación que reconoce que nuestra oficina no cumple con las Directivas Avanzadas o DNR. En el caso de una emergencia, llamaremos al 911.

Imprimir nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____