



Estimado paciente:

Gracias por elegir Manatee Physician Alliance, LLC, donde nos esforzamos por ofrecer la mejor atención médica posible. Es nuestro placer darle la bienvenida a usted como paciente. Esta carta está diseñada para brindarle información importante sobre nuestros servicios y el funcionamiento de nuestro consultorio.

Emergencias/Atención fuera del horario: Si la oficina está cerrada y tiene una emergencia médica, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Para emergencias sin riesgo de vida usted puede dejar un mensaje en nuestro servicio de contestador o dirigirse a alguna de nuestras tres Clínicas de Atención Urgente sin cita previa; consulte el reverso para obtener las ubicaciones y los horarios. Si desea dejar un mensaje para que el personal de la oficina le devuelva su llamada al siguiente día hábil, puede llamar al número de la oficina y dejar un correo de voz o siga las instrucciones para ser transferido al servicio de contestador. Las solicitudes para el resurtido de medicamentos recetados **NO** se recibirán fuera del horario de atención; llame durante el horario laboral normal. Consulte nuestra política de resurtido de medicamentos recetados a continuación.

Resurtido de medicamentos recetados: Llame a su farmacia con respecto al resurtido de medicamentos con al menos 72 horas de anticipación, a fin de que la farmacia y su prestador tengan tiempo suficiente para recibir y responder su solicitud antes de que usted se quede sin medicamentos. Con respecto a los medicamentos de mantenimiento, su prestador de atención médica le recetará suficientes resurtidos para que estos medicamentos le duren hasta la siguiente visita al consultorio. Cuando sus resurtidos se agotan es una indicación de que debe programar una cita de seguimiento con su prestador. ****Nosotros NO tratamos el dolor crónico a largo plazo, ya que los pacientes con este tipo de dolor deben ser atendidos por especialistas en el tratamiento del dolor. ****

Historias clínicas en línea (Portal del paciente): Proporcione su dirección de correo electrónico y reciba automáticamente una invitación para obtener acceso a sus historias en línea. Recibirá una invitación de IQ Health, para completar el proceso de inscripción. Usted obtendrá acceso seguro en línea a sus historias clínicas, que incluyen, entre otros detalles, alergias, vacunas, medicamentos, procedimientos realizados, problemas de salud, etc. Esta aplicación es gratuita y está disponible con conectividad a Internet, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana.

Su opinión importa: Después de su visita, puede recibir un correo electrónico de nuestro socio de encuestas, MedicalGPS, LLC. AGRADECEMOS se tome un momento para informarnos cómo nos estamos desempeñando. Si una persona se destacó durante su consulta, mencione su nombre en la sección de comentarios ya que nos encantaría saberlo.

Preguntas sobre pagos/facturación: El pago será requerido en el momento en que se prestan los servicios. Cobraremos todos los saldos pendientes en Manatee Physician Alliance, LLC y por los servicios prestados al momento del servicio. Tenga en cuenta que su compañía de seguros puede procesar la reclamación con una mayor responsabilidad para el paciente. Usted puede recibir un estado de Manatee Physician Alliance, LLC respecto de cualquier saldo de facturación. Los métodos de pago incluyen efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Si tiene una pregunta sobre su estado, puede ponerse en contacto directamente con la oficina o con nuestro departamento de facturación al 888-804-6274.

Formularios: Algunos formularios son extensos y requerirán el pago de un cargo de \$25 al momento de la solicitud. Otros formularios podrán requerir una cita antes de completar los documentos solicitados.

Identificación: La protección de su identidad es importante para nosotros. Se le requerirá que presente una identificación con foto emitida por el gobierno, junto con su(s) credencial(es) del seguro en cada visita. También escanaremos una copia para guardar en sus historias clínicas electrónicas.

Otras ubicaciones: Contamos con una gran red de prestadores y, debido a nuestro sistema compartido de Historias clínicas electrónicas (EMR, por sus siglas en inglés), tendremos acceso a la mayoría de sus historias clínicas si realiza una consulta dentro de nuestra red. Consulte la lista completa a continuación.

Atención primaria

Doctors of Manatee

1720 Manatee Avenue East
Bradenton, FL 34208
941-216-2878

Lakewood Ranch Medical Group

8340 Lakewood Ranch Blvd.,
Suite 210
Bradenton, FL 34202
941-782-2800

Lakewood Ranch Primary Care – Rye Road

1854 Rye Road East
Bradenton, FL 34212
941-216-3939

Manatee Primary Care Associates

5225 Manatee Avenue West
Bradenton, FL 34209
941-708-8081

MMH Internal Residency Clinic

250 2nd Street East, Suite 4G
Bradenton, FL 34208
941-708-8199

North River Family Health Center

606 4th Avenue West
Palmetto, FL 34221
941-722-7785

Especialista

Bradenton Cardiology Center

316 Manatee Avenue West
Bradenton, FL 34205
941-748-2277
8340 Lakewood Ranch Blvd.,
Suite 290
Bradenton, FL 34202
941-556-8930

Bradenton Neurology

200 3rd Avenue West, Suite
110
Bradenton, FL 34205
941-746-3115

Manatee Surgical Alliance

232 Manatee Avenue East
Bradenton, FL 34208
941-254-4957

Manatee Weight Loss Center

232 Manatee Avenue East
Bradenton, FL 34208
941-896-9507

Atención de urgencias de Manatee

4647 Manatee Avenue
West Bradenton, FL 34209
941-745-5999

De lunes a sábados de 8 a.m.
a 7 p.m.; domingos de 8 a.m.
a 5 p.m.

9908 State Road 64 East
Bradenton, FL 34212
941-747-8600

De lunes a sábados de 8
a.m. a 7 p.m.; domingos de
8 a.m. a 5 p.m.

6272 Lake Osprey Drive
Sarasota, FL 34240
941-907-2800

De lunes a viernes de 8 a.m.
a 7 p.m.; sábados y
domingos de 8 a.m. a 5 p.m.

Acuerdo financiero

Política financiera: Nuestro grupo participa con la mayoría de las grandes compañías de seguros. Es su responsabilidad consultar con su seguro a fin de encontrar un prestador dentro de la red. **Es de suma importancia que la oficina cuente con su información de seguros correcta y archivada en todo momento. En última instancia, es su responsabilidad conocer los beneficios proporcionados conforme a su plan de seguros.** Como cortesía para nuestros pacientes, nosotros presentamos las reclamaciones de seguros de los cuales participamos. Las cuentas con saldos pendientes mayores a noventa días se considerarán morosas y se colocarán en el estado de cobro de deuda. Todos los costos asociados con la puesta del paciente en estado de cobro de deuda serán responsabilidad del Garante.

Pago: El pago será requerido al momento en que se presten los servicios. Cobraremos todos los saldos pendientes en Manatee Physician Alliance, LLC y por los servicios prestados al momento de la consulta. Tenga en cuenta que su compañía de seguros puede procesar la reclamación con una mayor responsabilidad para el paciente. Usted puede recibir un estado de Manatee Physician Alliance, LLC respecto de cualquier saldo de facturación. Los métodos de pago incluyen efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y American Express.

Servicios no cubiertos: Su compañía de seguros puede establecer algunos servicios como no cubiertos por su póliza. Es su responsabilidad saber qué servicios no están cubiertos por su plan. Usted será totalmente responsable por el pago de estos servicios según su compañía de seguros. Su plan de seguros puede determinar que algunos servicios no son médicamente necesarios, y es posible que usted deba pagar por esos servicios. Consulte con su seguro si tiene preguntas adicionales.

Derivaciones: Su seguro también puede requerir una derivación para un servicio. Necesitamos contar con al menos dos días hábiles para obtener las derivaciones o las autorizaciones de su médico de atención primaria o de su compañía de seguros. Su compañía de seguros individual podría requerir tiempo adicional de tramitación.

Política de pago particular sin seguro: Con gusto ofreceremos una tasa de descuento por pago particular **SIN SEGURO** por los servicios prestados. Al aceptar esta tasa de descuento, usted indica que no cuenta con seguro y que acepta el precio de pago en efectivo como **PAGO TOTAL** y que no solicitará ningún reembolso de ninguna persona externa a la entidad.

Acuerdo financiero: El abajo firmante autoriza la divulgación de cualquier información o documentación a todas las partes relacionadas para que puedan obtener los beneficios de mi seguro para reclamaciones enviadas en mi nombre o en nombre de las personas a mi cargo. Además, acepto y reconozco expresamente que mi firma en este documento autoriza a mi médico y a todas las partes necesarias a enviar reclamaciones a fin de obtener los beneficios por los servicios prestados sin necesidad de obtener mi firma en cada reclamación que se presente en mi nombre o en nombre de las personas a mi cargo. Por el presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar y asignar los beneficios directamente a Manatee Physician Alliance, LLC. Reconozco además que cualquier beneficio del seguro que se haya pagado u obtenido será acreditado en mi cuenta, de acuerdo con la asignación de mi compañía de seguros. Cualquier cargo no pagado es mi responsabilidad de acuerdo con cualquier acuerdo contractual con mi seguro y según lo estipulado por la ley estatal o federal. El pago total debe realizarse al momento de la prestación del servicio, a menos que se haya celebrado otro acuerdo o la ley estipule lo contrario. Entiendo que tengo el deber principal y la obligación de pagar a mi médico por sus servicios, a pesar de cualquier contrato que pueda tener con cualquier tercero pagador (es decir, compañía de seguros, empleador, etc.). Entiendo que, como un receptor de la atención médica, yo, el abajo firmante, soy responsable de todos los cargos independientemente de mis circunstancias para el reembolso.

--	--	--

Firma del paciente o de la parte responsable

Si la persona que firma no es el paciente, indique el vínculo.

Fecha

Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés)/Divulgación de fotografías

DIVULGACIÓN HIPAA: Al firmar a continuación, entiendo que Manatee Physician Alliance no publicará ni pondrá a disposición de ningún otro modo información protegida o información médica identificable individualmente que identifique a un paciente para fines distintos del tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica sin el consentimiento expreso por escrito del paciente. Entiendo que esto no restringe el uso interno de dicha información o datos requerido para desempeñar el alcance del trabajo que este consultorio se comprometió a proporcionar a los pacientes. Entiendo que este consultorio mantiene medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos para proteger la información médica individualmente identificable. Como paciente de Manatee Physician Alliance, entiendo que tengo derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Tengo derecho a solicitar restricciones para ciertos usos y divulgaciones de mi información médica, mediante una solicitud por escrito que especifique qué información deseo limitar y qué limitaciones de uso o divulgación de esa información deseo imponer. Por el presente reconozco que este Aviso de prácticas de privacidad de prácticas médicas se ha puesto a mi disposición. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción y que se me ofrecerá una copia de este aviso.

Divulgación de fotografías, videos o cintas de audio: Autorizo a Manatee Physician Alliance, LLC o a sus subsidiarias, sociedades, socios limitados, socios generales, compañías matrices o afiliadas, incluidas, entre otras, a Universal Health Services, Inc. y UHS of Delaware, Inc. a fotografiar, grabar video, grabar audio o entrevistarme, y autorizo a Manatee Physician Alliance, LLC a publicar y utilizar dichos materiales o cualquier parte de los mismos a su entera discreción y en cualquier forma que lo desee, incluso, entre otras, para informar y educar al público, así como para promocionar, publicitar y comercializar los servicios del hospital. Por el presente, renuncio a cualquier derecho de remuneración en favor de Manatee Physician Alliance, LLC, por el uso de dichos materiales que puedan mostrar mis fotografías, imágenes, voz, declaraciones y nombre, y libero a Manatee Physician Alliance, LLC y a sus empleados y agentes de toda responsabilidad por cualquier causa de acción o reclamación de daños y perjuicios relacionados con el uso por parte de Manatee Physicians Alliance, LLC de dichos materiales, incluidos, entre otros, reclamaciones de invasión a la privacidad, difamación, infracción de mi derecho de publicidad, infracción de derechos de autor. Entiendo y acepto que cualquier fotografía, cinta de video, cinta de audio o material impreso o publicado puede ser reproducido por personas u organizaciones desconocidas y puede ser publicado nuevamente a través de Internet u otros medios sin mi conocimiento o consentimiento.

Reconozco y comprendo que puedo estar proporcionando y divulgando mi información médica protegida sobre la cual podría tener derecho a completa confidencialidad y privacidad. Autorizo a Manatee Physician Alliance, LLC a divulgar o a reproducir dicha información médica protegida como se menciona anteriormente y renuncio y libero de toda responsabilidad frente a cualquier reclamación contra Manatee Physician Alliance, LLC, a sus empleados, agentes, oficiales y directores en relación con cualquier causa de acción o reclamación de daños relativa a la divulgación de dicha información y los requisitos de privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) o cualquier otra ley. Como se menciona a continuación, tengo el derecho de revocar esta autorización. Sin embargo, reconozco y acepto que la revocación de esta autorización no modificará ninguna de las acciones que Manatee Physician Alliance haya tomado antes de que yo así lo hiciera, y podrá usar y divulgar la información que he proporcionado antes de la revocación.

--	--	--

Firma del paciente o de la parte responsable

Si la persona que firma no es el paciente, indique el vínculo.

Fecha

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Información del paciente											
Apellido		Nombre		Segundo nombre		Sufijo		N.º de seguro social			
Género (marcar)		Fecha de nacimiento		Estado civil (marcar) <input type="checkbox"/> <i>Divorciado/a</i> <input type="checkbox"/> <i>Casado/a</i> <input type="checkbox"/> <i>Separado/a</i> <input type="checkbox"/> <i>Soltero/a</i> <input type="checkbox"/> <i>Viudo/a</i> <input type="checkbox"/> <i>Otro: _____</i>		Médico de atención primaria					
Idioma preferido (marcar) <input type="checkbox"/> <i>Inglés</i> <input type="checkbox"/> <i>Español</i>		Raza (marcar) <input type="checkbox"/> <i>Asiática</i> <input type="checkbox"/> <i>Negra</i> <input type="checkbox"/> <i>Blanca</i> <input type="checkbox"/> <i>Otra: _____</i>		Etnicidad (marcar) <input type="checkbox"/> <i>Hispana</i> <input type="checkbox"/> <i>No hispana</i> <input type="checkbox"/> <i>Desconocida</i>							
Domicilio postal		Departamento/lote		Ciudad/estado		Código postal		Números de teléfono			
								Particular () Celular () Laboral ()			
Dirección de correo electrónico				¿Cómo nos conoció?				Médico que deriva			
Parte responsable											
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Paciente											
Apellido		Nombre		Género (marcar) <input type="checkbox"/> <i>M</i> <input type="checkbox"/> <i>F</i>		Fecha de nacimiento				¿Cuál es el vínculo del paciente con la parte responsable?	
Domicilio postal		Departamento/lote		Ciudad/estado		Código postal		Números de teléfono			
										Particular () Celular () Laboral ()	
Información del empleador											
Empleador			Domicilio			Ciudad/estado			Código postal		
Contacto de emergencia											
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable											
Apellido		Nombre		Género (marcar) <input type="checkbox"/> <i>M</i> <input type="checkbox"/> <i>F</i>		Fecha de nacimiento		¿Cuál es el vínculo del paciente con el contacto de emergencia?			
Domicilio postal		Departamento/lote		Ciudad/estado		Código postal		Números de teléfono			
										Particular () Celular () Laboral ()	
Contacto del representante											
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia											
Apellido		Nombre		Género (marcar) <input type="checkbox"/> <i>M</i> <input type="checkbox"/> <i>F</i>		Fecha de nacimiento		¿Cuál es el vínculo del paciente con el representante?			
Domicilio postal		Departamento/lote		Ciudad/estado		Código postal		Números de teléfono			
										Particular () Celular () Laboral ()	
Información del seguro											
Marcar si es: <input type="checkbox"/> Pago particular											
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable					Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable						
Nombre del suscriptor/miembro			Fecha de nacimiento		Nombre del suscriptor/miembro			Fecha de nacimiento			
¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor?			Género (marcar) <input type="checkbox"/> <i>M</i> <input type="checkbox"/> <i>F</i>		¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor?			Género (marcar) <input type="checkbox"/> <i>M</i> <input type="checkbox"/> <i>F</i>			
Compañía de seguros primaria			Fecha de inicio		Compañía de seguros secundaria			Fecha de inicio			
Domicilio postal del seguro postal		Ciudad/estado		Código		Domicilio postal del seguro postal		Ciudad/estado		Código	
N.º de suscriptor/miembro			N.º de grupo		N.º de suscriptor/miembro			N.º de grupo			

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Aclaración en letra imprenta del paciente o del representante legal

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la consulta: _____

Farmacia preferida (nombre/ubicación): _____

¿TIENE ALGUNA ALERGIA? _____

 Lista de medicamentos que toma **ACTUALMENTE** (recetados, de venta libre y vitaminas):

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Si tiene medicamentos adicionales, enumérelos al dorso del formulario.

Historia clínica (marque TODO lo que corresponda):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Polimialgia |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Cáncer rectal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Rosácea |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, o C) | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Accidente |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para respirar | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | cerebrovascular/ACV |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | Otro: _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Migrañas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Cáncer de páncreas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Neumonía | |

Cirugías/procedimientos (marcar TODO lo que corresponda):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía/reconstrucción del ligamento cruzado anterior | <input type="checkbox"/> Aumento de senos | <input type="checkbox"/> Colostomía/reversión |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de adenoides | <input type="checkbox"/> Cirugía de baipás cardíaco | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Extirpación del apéndice | <input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco | <input type="checkbox"/> Dilatación y legrado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas | <input type="checkbox"/> Implante desfibrilador |
| | <input type="checkbox"/> Resección del colon | |

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

- Extirpación de la vesícula biliar
- Reemplazo de cadera
- Reemplazo de rodilla
- Esplenectomía
- Extirpación de amígdalas
- Reemplazo total de articulación

- Tumorectomía
- Biopsia de ganglio linfático
- Mastectomía
- Ligadura de trompas
- Vasectomía

- Marcapasos
- Intervención coronaria percutánea (angioplastia)
- Cirugía de hombro
- Otra no listada: _____

Salud de la mujer:

Fecha

Resultados

Último período menstrual	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Papanicolau/examen pélvico	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Última mamografía	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Densitometría ósea	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Cantidad de embarazos: _____ Partos: _____ Abortos involuntarios: _____ Abortos provocados: _____			

Mantenimiento de la salud:

Fecha

Resultados

Exploración física/Consulta de bienestar	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Colesterol	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Colonoscopia	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
EGD	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Antígeno prostático específico/PSA	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Prueba de esfuerzo/Prueba de esfuerzo nuclear	_____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

Vacunas:

Mes/año

Hepatitis A	Nº. 1 _____	Nº. 2 _____	
Hepatitis B	Nº. 1 _____	Nº. 2 _____	Nº. 3 _____
Gardasil (VPH)	Nº. 1 _____	Nº. 2 _____	Nº. 3 _____
Influenza	_____	Neumonía	_____
Tétano	_____	Zostavax (Herpes zóster)	_____
Prueba cutánea de tuberculosis	_____	Varicela	_____

Antecedentes sociales:

Fumador: Nunca Anteriormente Actualmente

En caso AFIRMATIVO, marcar todo lo que corresponda: Cigarrillos Cigarros
 Tabaco para mascar/tabaco rapé
 Cigarrillos electrónicos

Cuánto por día: _____ Cuántos años: _____ Fecha en que dejó de consumir: _____

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consumo de alcohol: Nunca Diariamente Socialmente Consumo diario estimado: _____

¿Es sexualmente activo? Sí No

¿Utiliza algún método anticonceptivo? Sí No En caso afirmativo, qué tipo: _____

¿Tuvo alguna vez una enfermedad de transmisión sexual? Sí No En caso afirmativo, qué tipo: _____

Consumo de drogas ilícitas: Nunca Anteriormente Actualmente Tipo de droga(s): _____

¿Se siente seguro en casa? Sí No

Testamento vital/Poder: ¿Tiene un testamento vital? Sí No

¿Tiene un poder duradero para atención médica? Sí No

Antecedentes familiares: Adoptado Desconocido

Madre viva: Sí No Edad de fallecimiento: _____ Causa del fallecimiento: _____

Padre vivo: Sí No Edad de fallecimiento: _____ Causa del fallecimiento: _____

(Enumere cualquier antecedente médico grave que ocurra en su familia)

Madre	Padre	Hermanos	Abuelos maternos	Abuelos paternos

Lista de prestadores: (Nombre del médico/práctica)

- Cardiólogo _____
- Gastroenterólogo _____
- Cirujano general _____
- Neurólogo _____
- Obstetra y ginecólogo _____
- Atención primaria _____
- Urólogo _____
- Otro _____

Admisión(es) en el hospital/Visita(s) a la sala de emergencias:	Año	Diagnóstico
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Divulgación de información médica y autorización para mensajes

Nombre del paciente: _____

Contamos con su autorización para:

- Enviar resultados de exámenes a su hogar Sí No
- Enviar tarjetas de recordatorios de consultas a su hogar Sí No

Autorizo a los prestadores y representantes de Manatee Physician Alliance, LLC a dejar mensajes en relación a (marque TODAS las opciones que correspondan):

- Consultas: Casa Celular Empleo
- Resultados de exámenes: Casa Celular Empleo
- Información de facturación: Casa Celular Empleo

Brindo autorización para compartir la información sobre **consultas** con las personas que figuran a continuación:

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Brindo autorización para compartir la información **médica** con las personas que figuran a continuación:

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Brindo autorización para compartir la información sobre **facturación** con las personas que figuran a continuación:

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Firma del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aclaración en letra imprenta: _____ Fecha: _____