**FORMA DE REGISTRO**

**Dirección de Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Primer Nombre Apellido Segundo nombre** | **Fecha de Nacimiento** |
| **Dirección Ciudad Estado Código postal**  | **Número de Seguro Social**  |
| **Nombre de Empleo / Escuela (si es estudiante) Empleador** **Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal** | 1. **Número de teléfono**
 |
| 1. **Sexo (Marque Apropiada )** **Estado Civil (Marque Apropiada**
2. \_\_\_Masculino \_\_\_Femenino \_\_Soltero \_\_Casado \_\_Separado \_\_Divorciado \_\_Viudo
 | **Número de Celular**  |

**GARANT / PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_** Marque aquí si es el paciente

|  |  |
| --- | --- |
| **Primer Nombre Apellido Segundo nombre** | **Fecha de Nacimiento** |
| **Dirección Ciudad Estado Código postal**  | **Número de Seguro Social**  |
| **Nombre de Empleo / Escuela (si es estudiante) Empleador** **Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal** | 1. **Número de teléfono**
 |
| **CONTACTO DE EMERGENCIA****Nombre: Número de Teléfono: Relación al paciente:**  |

**Seguro Medico**

|  |
| --- |
| **Nombre ID #**   |

**Antecedentes Medicos: Usted o Uno de sus familiares tiene uno de estos problemas medicos:**

**Enfermedad de corazon\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cancer\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Convulsiones\_\_**

**Tuberculosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adicciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_ AIDS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Otro (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fuma Si\_\_\_\_\_ A que edad comenzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuantos cigarros por dia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **No\_\_\_\_\_\_**

**Toma Alcohol**

 **Si\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuanto tiempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **No\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cirugias\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hospitalizacions y motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

**¡Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra práctica! Nuestro objetivo es brindarle una atención médica excepcional. Nuestro dedicado personal está aquí para ayudarle con todas sus necesidades médicas de una manera profesional y oportuna. Por lo tanto, estamos proporcionando esta información para ayudarle a comprender mejor las políticas de nuestra oficina.**

**Ahora podemos ofrecer citas con nuestro enfermero practicante Ricardo Leyva FNP-BC en nuestra oficina.**

**Por favor, lea cuidadosamente y a fondo, estas directrices están sujetas a cambios.**

**El Dr. Anwar Monroy es médico geriatra y proveedor médico de atención primaria. Es su responsabilidad consultar con su seguro si trabajamos con ellos. ¡Usted debe proporcionar sus tarjetas de seguro y la identificación con foto el día de la visita SIN EXCEPCIONES! SI NO TIENE LA INFORMACIÓN QUE NECESITAMOS EL DÍA DE LA VISITA SE LE REPROGRAMARÁ. No es el trabajo de nuestro personal averiguar qué seguro tiene o explicar qué tipo de beneficios de seguro tiene.**

**TODOS LOS PLANES DE SEGURO HMO REQUIEREN QUE EL DR. ANWAR MONROY SEA ELEGIDO COMO PCP O EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE LA VISITA NO ESTÉ CUBIERTA Y SE DEJE POR RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

**¡¡EL MÉDICO NO HACE CASOS LEGALES O DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR!! NO EXCEPTAMOS LOS SEGUROS DE TERCEROS.**

**Inicial**

**Aqui**

**\_\_\_\_\_ No estaremos asistiendo o participando en ningún caso legal abierto o pendiente.**

**\_\_\_\_\_\_ En caso de una emergencia, por favor vaya a la sala de emergencias más cercana, nuestra oficina no está equipada para manejar situaciones de emergencia. No somos una atención de urgencia. Se requiere cita previa. Ase pueden hacer excepciones bajo circunstancias especiales dadas por el personal o el proveedor.**

**\_\_\_\_\_\_ Todas las citas son confirmadas 2 días antes por nuestro sistema automatizado a través de teléfono, texto o correo electrónico; nuestro personal también llamará como cortesía un día antes, si no podemos comunicarnos con usted, dejaremos un mensaje en su correo de voz si está disponible. Los pacientes son en última instancia responsables de realizar un seguimiento de sus citas de seguimiento. Si no puede asistir, por favor dé a nuestra oficina un aviso de 24 horas antes de la cancelación. Nos damos cuenta de que las situaciones surgen de vez en cuando de que están fuera de su control, pero por favor sea cortés con otros pacientes que están esperando ser vistos. Esto incluye ser rápido (a tiempo) a la hora de su cita si llega 15 minutos tarde se le reprogramará SIN EXCEPCIONES.**

 **Habrá un cargo de $ 30.00 por citas perdidas sin cancelación, esa será su responsabilidad, no su seguro. Después de que tres (3) citas hayan sido canceladas o después del tercera vez que no venga, se le pedirá al paciente que encuentre a otro geriatra o PCP.**

 **Por favor, asegúrese de actualizar con nuestra recepcionista en frente si hay algún cambio en el número de teléfono o dirección o seguro.**

**\_\_\_\_\_\_ Por favor llame al menos con una o dos semanas de anticipación antes de quedarse sin medicamento. Tenga toda la información lista: nombre del medicamento, dosis y el número de teléfono de la farmacia. Nota: por favor, consulte con la farmacia primero si tiene recargas disponibles antes de ponerse en contacto con la oficina. Tenga en cuenta que, si su el plan de seguro no cubre sus medicamentos, el Dr. Anwar E Monroy no es responsable de obtenerlos.**

**\_\_\_\_\_ Habrá un cargo de $ 5.00 por recetas perdidas / extraviadas y o cualquier orden dada, Imágenes / Laboratorios.**

**\_\_\_\_\_ Si necesita una copia de sus registros médicos, por favor espere de 1 a 3 semanas para que sean procesados. Hay una tarifa mínima de $ 25.00. Una divulgación de información también debe ser firmada por el paciente antes de publicar cualquier registro médico.**

**\_\_\_\_\_\_ Hay una tarifa mínima de $ 30.00 para procesar o llenar cualquier formulario y redactar cualquier carta. El Dr. Monroy no llena ni llenará formularios de discapacidad de ningún tipo, incluso para su seguro.**

**\_\_\_\_\_\_ Los resultados de cualquier laboratorio/prueba de diagnóstico por imágenes se le darán en su próxima cita. Si la prueba es anormal, se le notificará inmediatamente si es necesario. De lo contrario, por favor sea paciente.**

**\_\_\_\_\_\_ Por favor, deje todos los mensajes con nuestros recepcionistas. Si necesita hablar con un proveedor, ¡siempre es solo con cita previa! Los recepcionistas y enfermeros trabajarán en mensajes durante todo el día entre los pacientes regulares de la clínica, por favor sea paciente, llamando varias veces al día no le dará una devolución de llamada más rápido. Su llamada será devuelta tan pronto como sea posible, generalmente antes del cierre de nuestro día hábil.**

 **El Dr. Monroy quiere crear una buena relación paciente-médico, basada en la confianza y el buen espíritu. Para ayudarle, por favor traiga todos sus medicamentos (frascos) en cada visita.**

 **SIN RECARGAS DE MEDICAMENTOS Si la última visita fue hace más de 3 meses, es política del Dr. Para continuar recibiendo recargas de medicamentos debe mantener las visitas de seguimiento cada 3 a 4 meses a menos que el personal o el proveedor le indique lo contrario.**

 **SUSTANCIAS REGULADAS MEDICAMENTOS (POR EJEMPLO: TRAMADOL, ALPRAZOLAM, ETC.) SÓLO SE RECETA A TRAVÉS DE UNA CITA. SIN EXCEPCIONES. El Dr. Monroy no es un especialista en dolor, para el tratamiento de padecimientos crónicos tendrá que ser referido a la clínica del dolor.**

 **Si el Dr. Monroy debe salir de la ciudad (emergencias, vacaciones, CME, otros), puede ir a una atención de urgencia o sala de emergencias para emergencias o puede ser admitido por el hospitalario o el médico que cubre si es necesario y si es posible. El Dr. Monroy sólo atiende en el Hospital Del Sol Medical CTR. Si usted está ingresado o en la sala de emergencias, el hospital notificará directamente al Dr. Nuestro personal de la oficina no tiene información o tratamiento de los pacientes en el hospital, usted debe ponerse en contacto con el hospital directamente para hablar con algún personal médico. Usted puede ir a cualquier hospital que elija además del Hospital Del Sol Medical CTR, pero tenga en cuenta que el Dr. no tiene privilegios en ningún otro hospital para dar ningún tratamiento o atención.**

**Con el fin de prevenir accidentes, si usted o su ser querido tiene una condición de discapacidad presente, por favor asegúrese de que usted o ellos están acompañados con alguien que pueda ayudarle a usted o ellos. (DR Monroy no es responsable por ninguna caída o accidente dentro o fuera del establecimiento.)**

**Como médico, ofrezco recomendaciones médicas, es responsabilidad del paciente seguirlas, cumplirlas y estar al tanto de cualquier resultado bueno o malo como resultado de las decisiones del paciente.**

**Es un placer para nosotros cuidar de nuestros pacientes y siempre poner sus necesidades en primer lugar, pero para que eso suceda necesitamos que todos los pacientes cumplan con las órdenes del médico para que su tratamiento sea exitoso. También esperamos que todos los pacientes sean educados y muestren respeto hacia nuestro personal médico. Desafortunadamente, el incumplimiento resultará en la expulsión de la práctica, daremos 30 días hábiles para que encuentre otro proveedor primario y solo en ese plazo medicina suficiente.**

**Al firmar, usted reconoce nuestras políticas y procedimiento de esta oficina.**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

En Anwar E. Monroy, M.D., P.A., estamos muy preocupados por la protección de su privacidad. Mientras que la ley nos obliga a dar esta descripción, por favor, comprenda que tenemos y siempre respetaremos la privacidad de su información de salud.

Hay varias circunstancias en las que podamos tener para usar o divulgar su información médica. Por ejemplo, a otro proveedor de atención de la salud o a un hospital si es necesario referirlo a ellos para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de su afección.

Usted tiene el derecho de pedir que no revelamos su información médica a personas específicas u organizaciones. Si desea realizar cualquier restricción o divulgación de su información médica, por favor háganoslo saber por escrito. No estamos obligados a aceptar sus restricciones. Sin embargo, si estamos de acuerdo con sus restricciones, la restricción es vinculante para nosotros.

Usted puede revocar alguna de sus autorizaciones en cualquier momento; sin embargo, su revocación debe ser por escrito. No vamos a ser capaces de cumplir con su solicitud de revocación si ya hemos publicado la información de su salud antes de la recepción de su solicitud para revocar su autorización. Si usted está obligado a dar la autorización como una condición para obtener un seguro, la compañía de seguros puede tener un derecho a la información sobre su salud si deciden impugnar cualquiera de sus reclamos.

**YO AUTORIZO ​​A LAS SIGUIENTES PERSONAS PARA OBTENER Y COMENTAR MI INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_teléfono\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_teléfono

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE DROGAS**

Yo, , por la presente doy mi consentimiento para autorizar a mi proveedor conocido como Anwar E Monroy MD PA (Geriátrica & Medical Clínica) y al laboratorio de pruebas designado para realizar pruebas analíticas que se consideren necesarias de forma continua, para determinar la ausencia o presencia de:

* **Medicamentos controlados**
* **Drogas de clase A (heroína, cocaína, etc.)**
* **Drogas de clase B (cannabis, anfetaminas, etc.)**

En mi cuerpo usando orina, cabello, sangre, aliento o cualquier muestra según lo especificado por el estatuto y regulación. Doy mi consentimiento para divulgar los resultados de la(s) prueba(s) y otra información médica del laboratorio a mi proveedor de conformidad con el estatuto o la regulación con la condición de que los resultados no puedan ser utilizados en ningún proceso penal. Mi proveedor puede solicitar pruebas de que estoy tomando una sustancia controlada según las indicaciones de conformidad con una receta legal emitida a mi nombre. Si se me solicita, acepto proporcionar dicha prueba dentro de las 72 horas. Además, entiendo que un resultado positivo, negarme a autorizar este formulario, negarme a tomar este examen de laboratorio o no proporcionar la muestra, puede resultar en una acción disciplinaria hasta e incluyendo el termino de este acuerdo; en relación con las regularidades locales, estatales y federales.

**Firma:**

**Nombre: Fecha:**

**POLÍTICA FINANCIERA**

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible y queremos que comprenda completamente nuestras políticas financieras.

1. **El pago se efectuará del servicio, a menos que su aseguranza haya realizado arreglos por adelantado. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, Mastercard, etc.**
2. **Tenga en cuenta que su póliza de seguro es básicamente un contrato entre usted y su compañía de seguros, como un servicio para usted, presentaremos su reclamo de seguro si asigna los beneficios al médico. Asignar beneficios al médico significa que usted acepta que su compañía de seguros le pague directamente al médico. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de un período razonable, tendremos que buscarlo para el pago. Si más tarde recibimos un cheque de su aseguradora, le reembolsaremos cualquier pago en adicional.**
3. **Hemos hecho arreglos previos con muchas compañías de seguros y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Les facturaremos, y si se le exige que pague un copago en el momento de su visita, se cobrará antes de la visita. El copago es parte del contrato entre la aseguranza y usted que nuestra compañía debe hacer cumplir.**
4. **No todos los planes de seguro cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de seguro determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo. El pago esta completado al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.**

Gracias por su ayuda. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica y servicio posible.

He leído y entendido la práctica de la política financiera y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.

**Firma:**

**Nombre: Fecha:**