

Dr. Jose F. Polanco

Registro de Pacientes (Por favor en letra de imprenta)

Información al paciente						
Apellido Paterno		Nombre		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento
Dirección Residencial			Apt #	Ciudad		Estado Zona Postal
Teléfono Residencial		Teléfono durante el Día		Teléfono Celular		Correo Electrónico
Sexo Hombre Mujer	# de Seguro Social		# de Licencia para Conducir		Idioma Principal	
Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Pareja Doméstica	Preferido Método de Contacto Correo Teléfono Teléfono Celular Paciente Portal (Correo Electrónico Seguro)		Raza Indios Americanos, o Nativos de Alaska Asia Negros o Afroamericanos Nativos de Hawai o Otros Isleños del Pacífico Blanco Alguna Otra Raza Dos o Más Razas Etnicidad			Etnicidad Hispano o Latino No Hispano o Latino
Empresa donde Trabaja				Ocupación		
Dirección del Trabajo				Telefono del Trabajo		
Parte Responsable (Garante)						
Apellido Paterno		Nombre		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento
Dirección Residencial (si es diferente del paciente)			Apt #	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono Residencial		Teléfono durante el Día		Teléfono Celular		Correo Electrónico
Sexo Hombre Mujer	# de Seguro Social		# de Licencia para Conducir		Relación con Paciente	
Contacto de Emergencia (Si es diferente de la parte responsable)						
Apellido Paterno		Nombre		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento
Dirección Residencial (si es diferente del paciente)			Apt #	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono de emergencia			Teléfono Alternativo		Relación con Paciente	
<p>Yo/Nosotros autorizamos y consentimos la realización de todos los tratamientos , cirugías y servicios médicos recomendados por los médicos y personal de los grupos médicos afiliados con Jose F.Polanco,MD.,P.A. Certifico que, a mi entender, todas las declaraciones contenidas son verdaderas. Yo entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios médicos para mí y para mi cargo independientemente de la cobertura del seguro. Yo además acepto pagar interés legal, costos de recoleccion , y los honorarios de los abogados que se incurran para recolectar cualquier cantidad que yo deba. Yo también autorizo mi grupo médico afiliado con Jose F.Polanco,MD.,P.A. a que entregue información solicitada por la compañía de seguros y/o sus representantes. Comprendo perfectamente que este acuerdo y el consentimiento continuarán hasta que sean revocados por mí por escrito.</p>						
Firma del Paciente/Parte Responsable				Fecha		
Nombre del Paciente/Parte Responsable (por favor en letra de imprenta)				Relación con Paciente		

Registro de Pacientes

Historia Quirúrgica: Compruebe si ha Recibido los Siguientes Procedimientos y el año Realizado							
Procedimiento Quirúrgico	Año	Procedimientos Quirúrgicos	Año				
<input type="checkbox"/> Ninguna		Solo Hombres					
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Biopsia de Próstata					
<input type="checkbox"/> Angioplastia con Stent		<input type="checkbox"/> TURP					
<input type="checkbox"/> Apendectomía		(Resección Trans-Uretral de la Próstata)					
<input type="checkbox"/> Artroscopia de la Rodilla		<input type="checkbox"/> Vasectomía					
<input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda		<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> CABG (bypass de corazón)		<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Liberación del Túnel Carpiano							
<input type="checkbox"/> Extracción de Cataratas		Sólo Mujeres					
<input type="checkbox"/> Colectomía		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de Aumento					
<input type="checkbox"/> Colectomía		<input type="checkbox"/> Ligadura Tubárica Bilateral					
<input type="checkbox"/> Colostomía		<input type="checkbox"/> Biopsia de Mama					
<input type="checkbox"/> Bypass Gástrico		<input type="checkbox"/> Cesárea					
<input type="checkbox"/> Reparación de Hernia		<input type="checkbox"/> Histerectomía					
<input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadena		<input type="checkbox"/> Mastectomía					
<input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla		<input type="checkbox"/> Miomectomía					
<input type="checkbox"/> LASIK		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de Reducción					
<input type="checkbox"/> Biopsia Hepática		<input type="checkbox"/> Histerectomía Vaginal					
<input type="checkbox"/> Marcapasos		<input type="checkbox"/> TAH/BSO					
<input type="checkbox"/> Resección del Intestino Delgado		<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Tirpidectomía		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía		<input type="checkbox"/>					
Mantenimiento de la Salud-Compruebe si ha Recibido lo Siguiente y la Fecha del Examen más Reciente							
Examen	Fecha	Examen	Fecha				
<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Examen Ginecológico					
<input type="checkbox"/> Exámen de Senos		<input type="checkbox"/> Vacuna Contra la Influenza					
<input type="checkbox"/> Prueba de Estrés Cardíaco		<input type="checkbox"/> Panel de Lípidos					
<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Mamograma					
<input type="checkbox"/> DEXA Scan		<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou					
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/> Exámen Físico					
<input type="checkbox"/> EKG		<input type="checkbox"/> Vacuna Neumocócica					
<input type="checkbox"/> Examen de la Vista		<input type="checkbox"/> Prueba de Función Pulmonar					
<input type="checkbox"/> FOBT(Tarjeta de heces para sangre oculta)		<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia					
<input type="checkbox"/> Exámen del Pie		<input type="checkbox"/> Vacuna Contra el Tétanos					
Historial Familiar: Compruebe si Alguno de los Miembros de la Familia ha Tenido alguna de las Siguientes Condiciones							
<input type="checkbox"/> Adoptado							
Diagnóstico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro	Viva(o)	fallecida(o)
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD (Ataque al Corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CVA (carrera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registro de Pacientes

Historia de la Familia - Continuación							
Diagnóstico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro	Viva(o)	fallecida(o)
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión (Presión Arterial Alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Vascular Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia Social Para Pacientes Adultos							
Ocupación				Empleador			
¿Tiene hijos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos?		Mujer (s)	Hombre (s)
El consumo de Tabaco		<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos		<input type="checkbox"/> Masticación <input type="checkbox"/> Tubo		<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Cigarrillo	
<input type="checkbox"/> No		Ex / Año de Renuncia:		<input type="checkbox"/> Sin Humo		Marca:	
Uso de Alcohol		<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos		<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino		<input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> No		Ex / Año de Renuncia:		Patrón del Sueño:			
Ejercicio Actividad		<input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/> Sedentario		<input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> Sin Cambios			
Días / Semana:		Uso de Cafeína		<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos		<input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Té	
<input type="checkbox"/> No		Ex / Año de Renuncia:		<input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Café		<input type="checkbox"/> Tabletas <input type="checkbox"/> Otro	
Cuántos hermanos tiene usted? Ninguna(o)				Mujer(s)		Hombre(s)	

AVISO DE MEDICINE DE LESIONES

Por medio desta aviso, yo _____ estoy informado(a) de que el Dr. Jose F. Polanco no practica medicina de lesiones de trabajo, lugar publico y de accidente de auto. El Dr. Polanco con gusto lo puede referir a un medico espializado en el tratamiento de dichos casos. Gracias, por su comprension en este asunto.

HIPAA
AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Jose F. Polanco, M.D., P.A. Tiene una política de cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), nuestro objetivo es ser 100% conforme en todo momento. El siguiente método de operación se utilizará para asegurar la privacidad de los pacientes información de salud protegida (PHI).

1. Basado en las pautas de la HIPAA, sus registros médicos pueden ser transferidos a otro proveedor de cuidado con su autorización firmada y no serán transferidos sin su autorización firmada.
2. Después de revisar sus registros si no está de acuerdo con alguno de los documentos de los registros, tiene la opción de escribir su propia documentación para que la incluya en el cuadro.
3. Si se requiere una cita con otro proveedor, sólo se proporcionará la información necesaria.
4. Si usted elige permitir que cualquier miembro de su familia tenga acceso a sus archivos, usted tiene el derecho de notificar a nuestra oficina. Ese aviso debe ser por escrito. Si desea brindar acceso a nuestros registros a un individuo designado, también puede proporcionarse por escrito.
5. Nuestra oficina no proporcionará ninguna información sobre usted o su condición médica a ninguna otra parte que no sea los proveedores médicos a los cuales usted ha sido referido para tratamiento sin su consentimiento específico.
6. Si usted es elegido para ser parte de cualquier programa de investigación, se le requerirá firmar autorización adicional y comunicados para que su PHI puede ser usado en el programa.
7. Bajo las reglas de HIPAA, podemos usar la PHI necesaria de sus registros médicos para presentar reclamos de seguro en su nombre. Su autorización y asignaciones de seguros permiten que la práctica presente reclamos de seguro en su nombre.
8. Habrá ciertas circunstancias en las que las autoridades de salud pública pueden requerir una copia de sus registros médicos. Están autorizados por ley a recopilar esa información y estamos obligados a proporcionar esa información, una copia de su PHI. Puede revisar sus registros a la hora programada con nuestra oficina.
9. Todos los esfuerzos serán tomados para asegurar que su PHI no será compartida con ninguna persona no autorizada.
10. Si está en servicio militar activo o está llamado a servicio militar en servicio activo, bajo la ley federal se nos requiere proporcionar una copia de sus registros.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con cualquiera de las anteriores, por favor no dude en contactar a cualquiera de ese personal de José F. Polanco, M.D., P.A.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento Informado para el Propósito del Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica

I, _____ Consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica protegida por Jose F. Polanco, M.D., P.A. Con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento a mí después de la explicación de los riesgos y beneficios de tal tratamiento, la obtención de pago de mis facturas de atención médica y / o llevar a cabo operaciones de atención médica. Entiendo que el diagnóstico / tratamiento de mí por **José F. Polanco, M.D., P.A.** puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo se usa o divulga mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las operaciones de pago o de atención médica de la práctica. (Por favor liste todas las restricciones en el área proporcionada abajo). **Jose F. Polanco, M.D., P.A.** No está obligado a estar de acuerdo con las restricciones que yo pueda solicitar. Sin embargo, v acepta una restricción que yo solicito, la restricción es vinculante para **José F. Polanco, M.D., P.A.** Tengo el derecho de revocar esto por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que **José F. Polanco, M.D., P.A.** ha tomado medidas en base a este consentimiento

Mi "Información de salud protegida" (PHI) significa información de salud, incluyendo mi información demográfica recopilada de mi y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de compensación de salud. La información de salud protegida relacionada con mi salud mental o condición física presente, pasada o presente y me identifica, o hay una base razonable para creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo derecho a revisar a **Jose F. Polanco, M.D., P.A.** Notificación de prácticas de privacidad antes de firmar este documento. **Jose F. Polanco, M.D., P.A.** Aviso de privacidad se publica en un lugar público y está disponible para todos los pacientes. Entiendo que puedo obtener una copia del Aviso de Práctica de Privacidad a solicitud. La Notificación de Prácticas de Privacidad describe los tipos de revelaciones de mi PHI que ocurrirán en mi tratamiento, el pago de mis facturas y. O en el desempeño de la operación de cuidado de la salud con respecto a mi información médica protegida. **Jose F. Polanco, M.D., P.A.** Se reserva el derecho de cambiar las Prácticas de Privacidad que se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una revisión de la Práctica de Privacidad llamando a la oficina y solicitando que se envíe una copia revisada por correo en mi dirección abajo indicada o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

Enumere todas las restricciones de solicitud (es decir, "no divulgue mi información a ningún miembro de la familia")

Enumere a cualquier miembro de la familia u otras personas a las que se les permita tener acceso a su información (es decir, a su familia, a su hijo, a su cuidador)

Médicos Respuesta: _____

Médicos Firma y Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

PROCESO DE REFERENCIA:

Todas las referencias **no-urgentes** requieren un período de espera de **5-10 días** laborables para ser procesados. Todas las referencias **Urgentes** requieren **48 horas** para ser procesadas. Las referencias de emergencia serán procesadas dentro del **mismo día**. Enviaremos por fax la referencia en su nombre a la instalación apropiada y le proporcionaremos la información necesaria para que usted complete su atención. En algunas ocasiones esto puede requerir que dejemos un mensaje en su servicio de contestador. Por lo tanto, no sólo es importante, sino **su responsabilidad**, mantener actualizada su información de contacto con nuestra oficina. En circunstancias específicas y para asegurar la mejor calidad de atención posible para el paciente, utilizamos una red preferida de médicos. Una lista de los médicos se le proporcionará a su solicitud.

Inicial: _____

VISITAS:

Se espera que cada paciente sea visto mínimamente dos veces al año para una completa revisión y evaluación de todos los problemas médicos. Si usted es un paciente con un problema específico, como una enfermedad crónica, puede requerir visitas más frecuentes para administrar mejor su salud: su cumplimiento es crucial y se espera. Por favor, aproveche esta oportunidad e indique los recargas de medicamentos necesarios, las visitas hechas al especialista (s) desde su visita previa a su oficina, la visita a la sala de emergencias o la estadía en el hospital.

Inicial: _____

CUIDADO PREVENTIVO:

Se le pedirá en varias ocasiones que cumpla con los exámenes preventivos que deben completarse cada año calendario. Estas proyecciones incluyen lo siguiente:

1. Laboratorios - cada 6 meses algunas condiciones requieren más frecuentemente
2. Anual Mamograma - sólo mujeres
3. Colonoscopia cada 3-10 años basado en su necesidad
4. Taburete para pacientes de 50 años o más
5. Examen Anual de Ojos

Si ha pasado menos de un año en que usted realizó alguna de las citadas pruebas con su proveedor de atención médica anterior, por favor, obtenga una copia de estos registros o informe a la recepción para que podamos buscarlos en su nombre. Trabajaremos incansablemente y haremos todo lo que esté en nuestras manos para mejorar su salud con cada visita que realice a nuestra oficina. Si tiene algún problema no clínico, en cualquier momento, solicite hablar con el administrador de la oficina. Gracias por elegir a Jose F. Polanco, M.D., P.A.

Inicial: _____

Comunicarse con usted

Le pedimos que complete este formulario para poder identificare la manera más efectiva con la que nuestro personal se pueda comunicar con usted para proporcionarle resultados de pruebas de laboratorio, radiografías, información acerca de prescripciones o responder a un mensaje que dejo para el consultorio médico. **Nosotros podemos comunicar a través del correo, correo electrónico seguro, o por teléfono, incluyendo mensajes de voz.**

Por favor, marque todas las casillas que dan permiso a MemorialCare para comunicarse con usted:

<input type="checkbox"/> Me puede contactar por teléfono número de teléfono: ____ <input type="checkbox"/> Usted puede dejar una mensaje de voz por correo teléfono: ____
<input type="checkbox"/> me puede contactar por Healow

Si da permiso para que nos comuniquemos con otra persona, por favor complete la siguiente lista:

Nombre/número de teléfono	Relación	Opciones
1.		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de cita Información médica/de salud <input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de cita Información médica/de salud <input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de cita Información médica/de salud <input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de cita Información médica/de salud <input type="checkbox"/>

Esto solicitud reemplaza a cualquier previa solicitud para la comunicación de la información tenga hizo.

Firma del paciente/responsable

Fecha

Nombre del paciente/responsable
(impresión)

Relación con el paciente

LOS ESTADO DE CUENTA / LA FACTURACION

***A partir del 1 de julio de 2019, ¡LOS ESTADO DE CUENTA serán SIN PAPELL ahora lo recibirá por su PORTAL DEL PACIENTE (basado en la web de Healow)**

Para poder recibir sus estados de cuenta en línea en el portal de su paciente, se necesita un correo electrónico para crear su cuenta. Podrá pagar su saldo al instante o tendrá las opciones para enviar un cheque. Además, cada cuenta está vinculada a ese correo electrónico que nos ha proporcionado. Desafortunadamente, solo puede haber un correo electrónico por cuenta.

Correo Electrónico

PORTAL DEL PACIENTE

Debido a que nuestra oficina ahora nousara estados de cuenta en papel, esto significa que podrá ver sus registros médicos a través de Healow (aplicación del teléfono) o en el escritorio (Portal del paciente). Los pacientes pueden utilizar el portal para realizar tareas que normalmente requieren una llamada telefónica, o incluso varias llamadas, esto nos permitirá tener una respuesta más rápida. Esta capacidad para que los pacientes soliciten/cancelen citas, derivaciones, preguntas de facturación y renovaciones de recetas directamente desde el portal aumenta la eficiencia de nuestro personal clínico, lo que les permite concentrarse en asistirlo con los pacientes que tienen las necesidades y preguntas de atención más urgentes. Por favor no dude en llamarnos.

Nombre del Paciente

El día de Hoy

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar atención médica y servicios de alta calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le exigimos que usted lea y acepte antes de iniciar cualquier tratamiento.

- Por favor, entiendan que el pago de su factura es considerada como parte de su tratamiento. Los honorarios deben ser pagados al obtener los servicios. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros pre-aprobados en los cuales somos proveedores contratados y somos además el proveedor primario designado, si viene al caso.
- Es su responsabilidad saber cuáles son sus propios beneficios del seguro médico, incluso la cuestión de si somos un proveedor médico bajo contrato con su compañía de seguros, beneficios cubiertos y las exclusiones de su póliza de seguro, y cualquier pre-requisito para la autorización de su compañía de seguros.
- Nosotros trataremos de confirmar el alcance de su cobertura antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar la exacta información del seguro, incluidas todas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si Ud. no proporciona esta información, usted será responsable del monto total de la factura.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros le facturaremos a su compañía de seguros en primer lugar, menos cualquier copago(s) o deducible(s), y, después de eso, el resto será su responsabilidad. Este proceso generalmente toma entre 45-60 días desde el momento en que la reclamación es recibida por la compañía de seguros.
- Si no tenemos un contrato con su compañía de seguros, Ud. es responsable por el monto total de todos los servicios prestados al final de su visita. Nosotros le proporcionaremos un recibo que se puede presentar a su compañía de seguros para reembolso.
- Comprobante de pago y ID con foto son requeridos para todos los pacientes. Nosotros pediremos hacer una copia de su ID y tarjeta de seguro para nuestros registros. El proporcionarnos con una copia de su tarjeta de seguros no confirma que su seguro esta vigente ni que los servicios prestados serán cubiertos por su seguro.
- Por favor, entiendan que algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos y co-pagos más altos y beneficios anuales limitados. Si recibe servicios que forman parte de una red “out of network”, su proporción debida del monto total puede que sea mas de lo que Ud. pagaria en “in network”.

He leído la información acerca de la responsabilidad financiera antes indicada, y mi firma abajo sirve como reconocimiento a una clara comprensión de mi responsabilidad financiera. Yo entiendo que si mi compañía de seguros me niega la cobertura y/o el pago por servicios prestados, yo asumo la responsabilidad financiera y pagare todos los gastos en su totalidad.

Firma del paciente /Parte responsable

Fecha

Nombre del paciente/Parte responsable
(por favor en letra de imprenta)

Relación con paciente

Política de Saldo Abierto

Cualquier saldo pendiente de 30 días tendrá que ser pagado en su totalidad o parcialmente antes de que usted pueda ser visto por el Dr. Polanco. Sólo habrá una excepción, si está en un plan de pago y cumple. A continuación encontrará una lista de la parte del saldo que tendría que pagar antes de ser visto.

<u>Si debes:</u>	<u>Tu Pagas:</u>
\$0.01--\$75.00	100%
\$76.00--\$100.00	75%
\$101.00--\$150.00	50%
\$151.00--\$200.00	50%
\$201.00--\$300.00	40%
\$301.00--\$400.00	40%
\$401.00--\$500.00	30%
\$501.00--\$600.00	30%
\$601.00--\$700.00	30%
\$701.00--\$1,000.00	25%
\$1,001.00- and up!	10%

Por favor, firmar y fechar en la confirmación de que ha leído esto. Gracias.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Política de Cancelación y No Show

Entendemos que hay ocasiones en que debe faltar una cita debido a emergencias u obligaciones para el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando no llame para cancelar una cita, está evitando que otro paciente obtenga el tratamiento que tanto necesita. Por favor, asegúrese de que cuando usted llama para cancelar una cita que al menos 24 horas de antelación. Si la cita no se cancela, se le cobrará **\$50.00** de cuota que no será cubierta por su compañía de seguros.

Por favor, firmar y fechar en la confirmación de que ha leído esto. Gracias.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Cuidado de Adulto (CDA)

*Necesita ayuda con cualquiera de las siguientes?

1) Ambulacion: Independiente Requiere Asistencia Andador Baston Protesis Silla de Ruedas Silla Electrica
Other: _____

2) Balance: ¿Tienes problemas de para caminar? Equilibrado Desequilibrado Uso de Asistencia Sin Ayuda

3) Propiocepcion: (Movimiento corporal y sensbilidad) Intaco Riesgo de Caídas (¿si es así por qué?): _____

A) En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te has caído y por qué?: _____

B) ¿Te lastimaste después de caer?: _____

4) ¿Actividad física en el hogar como cocinar / limpiar? Activo Inactivo

5) ¿Actividad física fuera del hogar, como comprar comestibles? Activo Inactivo

6) Baños: Independiente Requiere Asistencia Banco Rieles Silla Asistencia Peresonal Miembro de la Familia

7) Vestirse: Independiente Requiere Asistencia Miembro de la familia Asistencia Peresonal

8) ¿Necesitas ayuda para ir al baño? Independiente Requiere Asistencia Andador Baston Rieles
Assistencia Peresonal Miembro de la Familia

9) Transferencia: Independiente Requiere Asistencia Andador Baston Rieles Miembro de la Familia
Assistencia Peresonal

10) Continencia: Independiente Requiere Asistencia Andador Baston Rieles Miembro de la Familia
Assistencia Peresonal

A) ¿Se le ha escapado orina sin actividad física o urgencia? Si No

B) ¿Se le ha escapado orina mientras realizaba actividades físicas como estornudar, levantar objetos, toser? Si No

C) ¿Se le escapó la orina cuando tuvo ganas y no pudo llegar al baño a tiempo? Si No

11) Alimentación: (Puedes comer solo o No) Independiente Requiere Asistencia, por favor explique: _____

12) La Cognición: (mente) Intacto Deteriorado, por favor explique: _____

13) ¿Necesita ayuda para tomar medicamentos? En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Si No

14) ¿Alguna vez has tenido una fractura? ¿Si sí, donde?: _____

Si No

15) ¿Tienes alguna reacción alérgica nueva o persistente? Sí o No (en caso afirmativo, ¿a qué?): _____

Si No

16) ¿Cuántas veces has visitado la sala de Emergencias en los últimos 12 meses? _____

¿Por qué?: _____

Patient Name: _____

Date: _____

Estado Funcional y Evaluación del Dolor

1) ¿Necesitas ayuda para caminar? Si No (En caso afirmativo, ¿utiliza alguno de los siguientes?)

Andador Bastón Silla de Ruedas Silla de Energía Prótesis

2) ¿Usas alguno de los siguientes? Si No

Lentes de Contactos Audífonos Dentadura postiza Monóculos Espejuelo

3) ¿Tienes problemas de habla? Si No (En caso afirmativo, indique): _____

4) ¿Eres capaz de hacer ejercicio? Si No (Si no, por favor vea por qué): _____

5) ¿Tiene alguna directiva anticipada? Si No (En caso afirmativo, traiga una copia en su próxima visita)

6) ¿Tienes dolor continuo? Si No Nivel de dolor (10 siendo el peor)

Localización: _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Se ha realizado alguna de las siguientes pruebas? (En caso afirmativo, por favor sane mes y año)

Sólo Mujeres

Mamografía: Mes _____ Año _____

Densidad Osea: Mes _____ Año _____

Prueba de Papanicolaou: Mes _____ Año _____

Solo Hombres

Examen de próstata: Mes _____ Año _____

¿Alguna vez te has hecho alguna de las siguientes pruebas / vacunas? (En qué mes y año aproximados)

Colonoscopia: Mes _____ Año _____

Endoscopia: Mes _____ Año _____

Prueba de Heces: Mes _____ Año _____

Prueba Visual: Mes _____ Año _____

Radiografía de Pecho: Mes _____ Año _____

Vacuna contra el Herpes Zóster: Mes _____ Año _____

Vacuna contra el Tétanos: Mes _____ Año _____

Vacuna contra la Neumonía: Mes _____ Año _____

Vacuna contra la Gripe: Mes _____ Año _____

Tabaquismo y Drogas Ilícitas

1) ¿Eres fumador? Si No ¿que tipo? _____ Cuantos por semana? _____

2) ¿Eres un ex fumador? Si No (En caso afirmativo, indique cuánto) Nunca fumé: _____

3) ¿Bebes alcohol? Si No (En caso afirmativo, indique cuánto): _____ Cuantas veces al mes? _____

4) ¿Usas alguna droga ilícita? (En caso afirmativo, nombre): _____

¿Con qué frecuencia se usa? _____

*** Atención: cualquier persona que tome medicamentos controlados será derivado a los especialistas. Ya no proporcionaremos medicamentos para el dolor o la psiquiatría a partir del 1 de enero de 2018.**

Lista Actual de Doctores y Especialistas

1. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo alguno de estos exámenes? Favor de indicar (Mes, Año y Lugar).

- A. MRI / MRA: _____
- B. CT scan / Angiograma: _____
- C. Ultrasonido: _____
- D. Ultrasonido Vascular: _____
- E. Rayos X: _____
- F. Medicina Nuclear: _____
- G. Laboratorios de sangre recientes: _____
- H. Ecocardiograma: _____
- I. Espirometría: _____
- J. Otro: _____

2. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de estas condiciones?

- A. Diabetes Mellitus
- B. Fibrilación Atrial
- C. Asma / (COPD) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- D. Hepatitis
- E. HIV / SIDA
- F. Alzheimer's / Demencia
- G. Ansiedad / Depresión
- H. Desorden Mental
- I. Problemas del Corazón
- J. Problemas del Riñón / Hígado
- K. Osteoporosis
- L. Otro: _____

3. ¿Usted ha tenido alguna cirugía reciente? Si afirmativo, favor de especificar:

- | | | |
|----------|-----------|-----------|
| A. _____ | Mes _____ | Año _____ |
| B. _____ | Mes _____ | Año _____ |
| C. _____ | Mes _____ | Año _____ |

4. ¿Que medicamentos toma actualmente?

- | | |
|----------|----------|
| A. _____ | D. _____ |
| B. _____ | E. _____ |
| C. _____ | F. _____ |

Nombre: _____

Fecha: _____

José F. Polanco, M.D., P.A.

Cuestionario sobre la salud del paciente-9

(PHQ-9)

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor de contestar las siguientes preguntas en su mejor habilidad.

¿Durante las últimas 2 semanas cuan seguido ha tenido alguna de estas molestias?

Preguntas	Nunca	Algunos Días	Varios Días	Casi todos los Días
1. ¿Ha tenido poco interés o deceso de hacer cosas?	0	1	2	3
2. ¿Decaído, deprimido o sin fuerzas?	0	1	2	3
3. ¿Tiene dificultad al dormir o permanecer dormido? O ¿Duerme demasiado?	0	1	2	3
4. ¿Se ha siente cansado o con poca energía?	0	1	2	3
5. ¿Poco apetito o Come en exceso?	0	1	2	3
6. ¿Se ha sentido mal con sigo mismo, que es un fracaso o que le fracaso a su familia?	0	1	2	3
7. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse o terminal sus actividades diarias?	0	1	2	3
8. ¿Ha notado cambios en su habla o movimientos más lentos de lo normal? O ¿se siente más desinquieto o agitado de lo normal?	0	1	2	3
9. ¿Ha tenido pensamientos de suicidio o hacerse daño a sí mismo?	0	1	2	3

Resultado Total: _____

- ¿Si usted ha marcado algunos de estos problemas, Cuna difícil han sido estos problemas en su estilo de vida diario o para lidiar con el público en generar?

Sin dificultad alguna Un poco dificultoso Muy difícil Extremadamente difícil

*****Atención: Una vez que haya completado su formulario, envíelo por correo electrónico a info@polancomd.com y llámenos después al 941-708-3358 para asegurarse de que hayamos recibido el formulario. ¡Gracias!**