

**Drs. Blachar, Brasac & Falquez**

**Patient Information**

PATIENT'S NAME \_\_\_\_\_ HOME PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente Last First Middle Initial Telefono del Hogar

CELL PHONE(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ WORK PHONE(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_  
Telefono Celular Telefono del Trabajo

HOME ADDRESS \_\_\_\_\_ APT. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
Direccion del Hogar

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal Fecha de Nacimiento

DRIVER'S LICENSE # \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_  
Numero de licencia de chofer Estado

MARITAL STATUS Single Married Widowed Divorced Separated SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_  
Estado Civil Numero de Seguro Social

EMPLOYER \_\_\_\_\_ OCCUPATION \_\_\_\_\_  
Empleo Ocupacion

WORK ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Direccion del Trabajo Ciudad Estado Zona Postal

INSURED NAME & DOB \_\_\_\_\_ RELATION TO PATIENT \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado y fecha de nacimiento Relacion al Paciente

INSURED WORK PHONE(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ INSURED EMPLOYER \_\_\_\_\_  
Telefono del trabajo del Asegurado Empleo del Asegurado

EMERGENCY CONTACT \_\_\_\_\_ PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Contacto en Caso de Emergencia Telefono

REFERRED HERE BY \_\_\_\_\_ PRIMARY PHYSICIAN \_\_\_\_\_  
Referido a nuestra oficina por Nombre de su medico primario

NAME OF INSURANCE \_\_\_\_\_  
Nombre de su seguro

PHARMACY NAME \_\_\_\_\_ PHARMACY NUMBER \_\_\_\_\_  
Nombre de la farmacia Numero de farmacia

*Your insurance is a contract between you and your insurance company, whose payments for our services vary according to the terms of your policy. Please familiarize yourself with the details of your insurance benefits.*

**FINAL PAYMENT OF ALL CHARGES IS THE PATIENT'S RESPONSIBILITY.  
ACCOUNTS SENT TO COLLECTION WILL BE CHARGED A 35% COLLECTION FEE.  
FAILURE TO CANCEL YOUR APPOINTMENT WITHIN 24 HOURS WILL RESULT IN A \$25 CANCELLATION FEE.**

*I hereby authorize payment directly to Doral Beach OB/GYN, LLC of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance, PPO, HMO or other 3<sup>rd</sup> party payer. I understand I am responsible to Doral Beach OB/GYN, LLC for charges not covered by this assignment and for any charges the carrier declines to pay. I authorize the release of my medical records as deemed necessary.*

Patient's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# Cuestionario sobre antecedentes familiares para síndromes comunes de cáncer hereditario

Nombre del (de la) paciente: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha en la que se completó el formulario: \_\_\_\_\_

Indique a continuación si tiene antecedentes personales o familiares de cualquiera de los siguientes tipos de cáncer. En caso afirmativo, indique parentesco y edad al momento del diagnóstico en la columna correspondiente. Tenga en cuenta padres, hijos, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos y primos.

	USTED	Edad al momento del diagnóstico	HERMANOS/ HIJOS	Edad al momento del diagnóstico	POR PARTE DE SU MADRE	Edad al momento del diagnóstico	POR PARTE DE SU PADRE	Edad al momento del diagnóstico
<i>Por ejemplo:</i> Cáncer colorrectal	ninguno	-	Hermano	36 años	Tía Primo	44 años 58 años	Abuelo	65 años

## CÁNCER DE MAMA Y DE OVARIO

Cáncer de mama

Cáncer de ovario

Cáncer de mama en ambas mamas o múltiples tumores malignos primarios de mama

Cáncer de mama en hombres

Cáncer de páncreas


¿Es usted de ascendencia judía asquenazí?  Sí  No

## CÁNCER DE ÚTERO Y DE COLON

Cáncer de útero (endometrio)

Cáncer colorrectal

Cáncer de ovario, de estómago, de riñón/vías urinarias, de cerebro o cáncer de intestino delgado

10 o más pólipos en el colon


## MELANOMA

Melanoma

Cáncer de páncreas


## OTROS TIPOS DE CÁNCER

--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO USTED O ALGUNO DE SUS FAMILIARES UNA PRUEBA PARA DETECTAR SU RIESGO DE CÁNCER HEREDITARIO?

Sí  No Si responde Sí, explique: \_\_\_\_\_

*Si usted ha respondido con un "sí" a esta respuesta, obtenga una copia de los resultados del examen con sus familiares.*

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Revisión por Sistemas

Ud. ha estado teniendo o ha tenido algún problema relacionado con los siguientes sistemas? Circule Si o No

#### Constitucional

Ha perdido o ganado peso recientemente?      S      N

#### Endocrinológico

Fatiga      S      N  
Calores menopausicos      S      N  
Tiroides      S      N

#### Ojos

Visión borrosa      S      N

#### Genitourinario

Ardor al orinar      S      N  
Sangre en orinar      S      N  
Flujo vaginal      S      N  
Dolor pélvico      S      N

#### Neurológico

Desmayos      S      N  
Dolores de cabeza      S      N

#### Respiratorio

Dificultad al respirar      S      N  
Tos frecuente      S      N

#### Musculoesquelético

Dolor en las articulaciones      S      N  
Dolor de espalda      S      N

#### Psiquiátrico

Ansiedad      S      N  
Depresión      S      N

#### Gastrointestinal

Trastorno intestinal      S      N  
Nauseas/vómito      S      N

#### Hematológico/Linfático

Anemia      S      N  
Flebitis / Varices      S      N

#### Cardiovascular

Dolor de pecho      S      N  
Ahogo al ejercitarse      S      N

Revisado por el médico: \_\_\_\_\_

## Aviso De Prácticas De Privacidad Doral Beach OB-GYN, LLC

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USAR Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CON ATENCIÓN.

**Cómo podemos usar y divulgar su información médica:** Se describe como sigue es las maneras en que podemos usar y divulgar información de salud que le identifica a usted (información de salud). Excepto para los siguientes propósitos, vamos a utilizar y divulgar su información médica sólo con su permiso por escrito. Usted puede revocar tal autorización en cualquier momento por escrito a nuestra práctica.

### **Tratamiento:**

Podemos usar y divulgar su información médica para su tratamiento y para proporcionarle los servicios de salud relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información médica a doctores, enfermeras, técnicos y otro personal, incluyendo personas fuera de nuestra oficina, que participan en su atención médica y necesitan la información para proporcionarle atención médica.

### **Pago:**

Podemos usar y divulgar su información médica para que nosotros u otros podamos facturar y recibir pago de usted, una compañía de seguros o un tercero para el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos dar su información de plan de salud para que pagarán por su tratamiento.

### **Operaciones de atención médicos:**

Podemos utilizar y divulgar información médica para fines de atención médica de la operación. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información para asegurarse de que el cuidado obstétrico o ginecológico que recibe es de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de atención médica de la operación.

**Recordatorios de citas, salud y alternativas de tratamiento, beneficios y servicios relacionados.** Podemos utilizar y divulgar información médica para contactarle y recordarle que usted tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

**Individuos involucrados en su cuidado o el pago de su atención.** Cuando sea apropiado, podemos compartir información médica con una persona que participa en su atención médica o el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad en un esfuerzo de alivio de desastre.

**Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento a aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Antes de que usemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin autorización especial, podemos permitir los investigadores registros para ayudarles a identificar a los pacientes que pueden incluirse en su proyecto de investigación o para otros propósitos similares, siempre y cuando no retire ni tomar una copia de cualquier información de salud.

**Las actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para poder ubicarte para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. (Opcional) Si no quieres recibir estos materiales, por favor envíe una solicitud por escrito al oficial de privacidad.

### **SITUACIONES ESPECIALES:**

**Requeridas por la ley.** Divulgaremos información de salud cuando así lo requiere la ley internacional, federal, estatal o local.

### **Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad.**

Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Revelaciones, sin embargo, se hará sólo a alguien que puede ayudar a prevenir la amenaza.

**Asociados de negocios. Podemos divulgar información médica** a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para realizar la facturación de servicios en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que como se especifica en el contrato.

**Violación de datos con fines de notificación.** Podemos utilizar su información de contacto para proporcionar avisos requeridos legalmente de adquisición no autorizada, el acceso o la divulgación de su información médica. Podemos enviar aviso directamente a usted o notificar al patrocinador de su plan a través del cual recibe cobertura.

**Donación de órganos y tejido.** Si usted es un donante de órganos, podemos utilizar o divulgar información de salud a organizaciones que manejan la adquisición de órganos u otras entidades que participan en licitaciones; banca o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar de órganos, ojos o tejidos donación; y trasplante.

**Militares y veteranos.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica según lo requerido por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información médica a la autoridad militar extranjera correspondiente si eres un miembro de un ejército extranjero.

**Compensación.** Podemos divulgar información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por accidente de trabajo o enfermedad.

**Salud pública riesgos.** Podemos divulgar información médica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen revelaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; nacimientos de informe y muertes; abuso de informe o negligencia; reacciones de informe a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas retiradas de productos que pueden estar usando; una persona que han estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad de gobierno apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.

### **SUS DERECHOS:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted:

**Acceso a registros electrónicos.** La tecnología de la información de salud para la salud económica y clínica. Ley de alta tecnología permite a las personas para pedir copias electrónicas de su PHI contenida en registros electrónicos de salud o solicitar por escrito o electrónicamente otra persona reciba una copia electrónica de estos registros. Las reglas finales de omnibus amplían el derecho de una persona para acceder a los registros electrónicos o dirigir que ser enviado a otra persona para incluir no sólo registros electrónicos de salud sino también todos los registros en uno o más conjuntos de registros designados. Si la persona solicita una copia electrónica, deben ser proporcionado en el formato solicitado o en un formato de acuerdo mutuo. Entidades cubiertas pueden cobrar a individuos por el costo de cualquier medio electrónico (como una unidad flash USB) utilizado para proporcionar una copia de la PHI de la electrónica.

**Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información de salud que pueden utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, excepto las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información de salud, debe hacer su petición, por escrito.

**Derecho a enmendar.** Si usted cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedimos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información se mantiene por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, usted debe hacer su petición, por escrito.

**Derecho a una contabilidad de accesos.** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones que hicimos de información médica para fines que no sean de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o que proporcionaste autorización por escrito. Para solicitar una contabilidad de accesos, usted debe hacer su petición, por escrito.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no compartamos información sobre un determinado diagnóstico o tratamiento con su cónyuge. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su petición, por escrito.

**No estamos obligados a aceptar su petición.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

**Derecho a la comunicación mediante solicitud confidencial.** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que sólo te contactamos por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicación confidencial, usted debe hacer su petición, por escrito. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Acomodamos las peticiones razonables.

**Derecho a una copia impresa de esta notificación.** Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede pedimos que le dará una copia de este aviso en cualquier momento.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO:**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso la nueva notificación se aplica a la información de salud que ya tenemos así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestra notificación actual en nuestra oficina. La notificación contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

### **QUEJAS:**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Todas las quejas deben hacerse por escrito.

Usted no será penalizado por presentar una queja.

Por favor firmar el "Reconocimiento"

Lissette Morales  
4302 Alton Road, Suite 580  
Miami Beach, FL 33140  
Oficina: (305) 532-1989  
Fax: (305) 532-8459

# Aviso De Privacidad Reconocimiento

**Doral Beach OB-GYN, LLC**

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que han recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de su aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o la Legal de guarda (impresión)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Uso de oficina solamente:

Hemos hecho el siguiente intento de obtener la firma del paciente reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad:

Fecha: \_\_\_\_\_ Intento: \_\_\_\_\_

Nombre De Empleado: \_\_\_\_\_