

**Información del Paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 N de Segur Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Género: F \_\_\_ M \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: C \_\_\_ S \_\_\_ D \_\_\_ V \_\_\_  
 Empleador o Escuela: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Empleador: \_\_\_\_\_  
 Medico Primario: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Farmacia: \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono**

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Contacto De Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Principal**

Nombre de Persona Responsable Por la Cuenta: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 N de Segur Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección (Si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable Empleada Por: \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
 Número de Miembro: \_\_\_\_\_  
 Número de Grupo: \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Secundario**

Nombre de Persona Responsable Por la Cuenta: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 N de Segur Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección (Si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable Empleada Por: \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
 Número de Miembro: \_\_\_\_\_  
 Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Mediante el presente documento certifico que yo y/o mis dependientes, tenemos cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y traspaso directamente a la Dra. Audry Castellanos Vidaurre los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serian pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presentan ante el seguro. La doctora nombrada anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) compañías de seguros nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminara cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha



**Autorización para hablar sobre información de Salud Protegida\***

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la Dra. Audry Castellanos-Vidaurre para liberar o discutir la información relacionado con mi condición médica (incluyendo información relacionada con mi plan de tratamiento, información de la medicación y/o información de facturación) a las siguientes personas \*\*:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**Por favor liste los números de teléfono donde desea que le contactemos para:**

- Resultados- de laboratorio, rayos X, ultrasonidos, mamografías, etc.
- Avisos de recordatorios
- Cambios en las citas programadas

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

**Testamento de Vida**

¿Tiene un testamento de vida? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**En caso afirmativo, le rogamos, que nos envíe una copia para nuestros archivos. Si no, por favor, háganos saber si usted requiere información.**

\*Tenga en cuenta que a cualquier persona no mencionada en esta lista no se le dará ninguna información relacionada a su cuidado, incluyendo datos de facturación. Usted puede cambiar, restringir o ampliar esta lista en cualquier momento.

\*\*Usted no está obligado/a a listar ningún nombre si no lo desea.

---

**HONORARIOS POR SERVICIO E INFORMACIÓN DE SEGURO**  
**DESCARGO Y ASIGNATURA**

Todos los honorarios por servicio deben ser pagados al recibir el servicio. Aceptamos ciertas tarjetas de crédito. Su seguro medico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Pagos por nuestros servicios dependen de los términos de su póliza. El pago final de todos los cargos es su responsabilidad. Si es necesario tomar acción legal para cobrar esta deuda, usted es responsable de los gastos legales.

Hemos elegido no llevar seguro de negligencia médica o no demostrar de otra manera responsabilidad financiera. Sin embargo, acordamos satisfacer cualquier juicio adverso hasta las cantidades mínimas conforme a s. 458.320 (5) (g). El estado de la Florida impone penas contra los médicos del no-asegurado que no pueden satisfacer los juicios adversos que se presentan de demandas por negligencia médica. Este aviso esta conforme a la Ley de la Florida.

Por la presente autorizo el pago directamente al médico todos los beneficios derivados del seguro que ampara al paciente y que normalmente yo tendría derecho de percibir. Con mi firma autorizo transferir documentos relacionados a mi tratamiento médico a mi compañía de seguro para procesar mi reclamación. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubierto bajo mi seguro medico.

---

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

---

Fecha

**Reconocimiento de Aviso de Privacidad**

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo cierto derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que he recibido o he 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 y que puedo contactar con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actualizada de la notificación de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Para uso de la oficina solamente:

Hemos hecho el intento de obtener la firma del paciente reconociendo el recibimiento de la Notificación de Practicas de Privacidad:

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

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

Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_

## Beneficios de Seguro

Como una cortesía, hemos verificado los beneficios de su seguro médico para su visita a nuestra oficina hoy. El estimado que le hemos citado de sus beneficios médicos hoy, no garantiza pago de parte de su compañía de seguros, ni tampoco confirma que su póliza esta activa. El pago de estos beneficios está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato al tiempo del servicio, que usted firmo con su compañía de seguro médico. Todas las tarifas y cargos que su seguro no pague serán su responsabilidad.

Con mi firma certifico que he leído y entendido completamente que la verificación de beneficios de seguro médico por uno o más empleados de Ladies First OB/GYN, LLC, no garantizan el pago de las reclamaciones por parte de mi seguro médico. Yo certifico que soy responsable de cualquier balance restante o saldo que quede en la oficina por los servicios recibidos.

---

Nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

---

Fecha

---

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Consentimiento de Correo Electrónico

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

*Este documento de consentimiento se referirá en su totalidad al LLC y los miembros del personal como "Proveedor".*

**1. RIESGO DE USO DE CORREO ELECTRÓNICO EN LA COMUNICACIÓN CON SU PROVEEDOR:**

El proveedor le ofrece al paciente la oportunidad de comunicarse mediante correo electrónico. Sin embargo el transmitir información del paciente mediante correo electrónico tiene riesgos que el paciente debe considerar antes de comunicarse mediante correo electrónico. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- a. Los correos electrónicos pueden circularse, reenviarse, y guardarse en numerosos expedientes tanto electrónicos como de papel.
- b. Los correos electrónicos pueden ser emitidos mundialmente y recibidos por destinatarios involuntarios.
- c. El remitente de correo electrónico puede escribir el correo electrónico incorrecto.
- d. Mediante correos electrónicos el más fácil falsificar documentos escritos y firmados.
- e. Copias de respaldo de correos electrónicos pueden existir aun después que el remitente o el destinatario haya borrado su copia.
- f. Los empleadores y los servicios de línea tienen derecho a archivar e inspeccionar correos electrónicos transmitidos por su sistema.
- g. Los correos electrónicos pueden ser interceptados, alterados, reenviados, o usados sin autorización o detección.
- h. Los correos electrónicos pueden ser usados para introducir un virus en los sistemas informáticos.
- i. Los correos electrónicos pueden ser usados como evidencia en un tribunal.

**2. CONDICIONES PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO:**

El Proveedor usará los recursos necesarios para proteger la seguridad y confidencialidad de la información mandada y recibida por correo electrónico. Sin embargo, debido a los riesgos antes mencionados, el Proveedor no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónicos, y no será responsable por la revelación impropia de información confidencial que no sea causada por el mal manejo intencional de parte del Proveedor. Por ello, los pacientes han de consentir al uso de correo electrónico para información del paciente. El consentir al uso de correo electrónico incluye el aceptar las siguientes condiciones.

- a. Todos los correos electrónicos para y de parte del paciente referente a diagnósticos o tratamiento serán imprimidos y añadidos como parte del expediente del paciente. Debido a que formarán parte del expediente médico, otros individuos autorizados a acceder al expediente tendrán acceso a esos correos electrónicos.
- b. Los Proveedores pueden reenviar correos electrónicos internamente a sus empleados y agentes para propósitos de diagnóstico, tratamiento, reembolsos y otros manejos. Sin embargo los Proveedores no reenviarán correos electrónicos a terceros independientes sin el previo consentimiento del paciente, excepto cuando sea autorizado o requerido por la ley.

- c. El paciente es responsable por proteger su contraseña y otros medios de acceso a su correo electrónico. El Proveedor no se responsabiliza por las incumplimientos de confidencialidad causadas por el paciente o por un tercero.
- d. El Proveedor no debe participar en comunicaciones por correo electrónico que sean ilegales, como la práctica ilegal de la medicina a través de los límites estatales.
- e. Es la responsabilidad del paciente programar sus citas y/o sus seguimientos.

3. RESPONSABILIDADES E INSTRUCCIONES DEL PACIENTE:

Para comunicarse por correo electrónico, el paciente debe:

- a. Limitarse o evitar usar el ordenador de su empleador.
- b. Informar al Proveedor de cambios en su correo electrónico.
- c. Confirmar que ha recibido y leído el correo electrónico de parte del Proveedor.
- d. Poner el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- e. Incluir la categoría del comunicado en la línea de asunto del correo electrónico, para propósitos de enrutamiento (ejemplo: preguntas de facturación).
- f. Tomar precauciones para preservar la confidencialidad del correo electrónico, tales como el uso de protectores de pantalla y el salvaguardar la contraseña de su ordenador.
- g. Retirar el consentimiento solamente por correo electrónico o por escrito al Proveedor.

4. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

El Proveedor tiene el derecho de terminar inmediatamente la relación con usted por correo electrónico si se determina a criterio exclusivo del Proveedor, que usted ha violado los términos y condiciones establecidos anteriormente o incumplido de otra manera el acuerdo o ha incurrido en una conducta que el proveedor considera inaceptable



# Consentimiento de Tratamiento

Doy mi consentimiento para un examen médico, que incluye, entre otros, un examen pélvico.

---

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

He hablado con el Proveedor o su representante y reconozco que he leído y entendido enteramente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico entre el Proveedor y yo, y consiento a las condiciones aquí. Estoy de acuerdo con las instrucciones descritas aquí, así como cualquier otra instrucción que mi proveedor pueda imponer para comunicarse con los pacientes mediante correo electrónico. Cualquier pregunta que pudiera haber tenido ha sido contestada.

Nombre del Paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MANTENER INDEMNE

Estoy de acuerdo a indemnizar y mantener sin ofensa al Proveedor y sus administradores, oficiales, directores, empleados, agentes, proveedores de información, proveedores en general, diseñadores de páginas web, y mantenedores de y contra todas las pérdidas, gastos, daños y costos, incluyendo las tarifas razonable de abogados relacionadas con o derivadas de la pérdida de información debido a fallos técnicos, mi uso del internet al comunicarme con el Proveedor, y cualquier incumplimiento por mi parte de estas restricciones y condiciones.

Nombre del Paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas dos semanas?

Tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultar para respirar (Sentir que le falta el aire)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolores musculares y corporales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Perdida reciente de olfato o el gusto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Congestión o moqueo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nauseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿En las últimas dos semanas, cuido o estuvo en contacto cercano con alguien a quien se le diagnosticó COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En las últimas dos semanas, ¿ha trabajado o ha sido voluntario en un establecimiento de atención médica o como personal de respuesta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted o alguien en su hogar ha sido examinado para COVID-19? Si respondiste que sí, ¿Hace cuántas semanas atrás y por qué? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Has experimentado algún otro síntoma?  
\_\_\_\_\_

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