



GULF VIEW GENERAL SURGERY, LLC

111181 HEALTH PARK BLVD SUITE 3050, NAPLES, FL 34110 PHONE (239)260-1115 Fax: (239)260-1089

Uso de Oficina/ MR#: _____

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento :** _____
Nombre Apellido (Mes/Día/Año)

Número de Teléfono: _____ **Celular:** _____
Sexo: M F

Dirección: _____ **Ciudad, Estado** _____ **Código Postal** _____

Estado Civil:
 Soltero Divorciado Casado Viudo
 Separado Viviendo con pareja

Número de Seguro Social: _____

Raza/Etnicidad: _____

Religion: _____

Empleo: _____

Empleador: _____

Dirección Actual del Empleador: _____ **Teléfono:** _____

Cónyuge o Padre: _____ **Teléfono:** _____

Contacto en caso de emergencia:
Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

E-mail: _____ **Recordatorio de cita:** Email Llamada Texto
Idioma Preferido: _____

Como se enteró de Gulf View General Surgery?

Amigo / Relativo Paciente Internet Periódico Médico _____
 Otro _____

Información de seguro:

Seguro Principal		
Nombre de seguro	Fecha Efectivo	Fecha de Finalización
Nombre del suscriptor principal	Número de póliza:	# de Grupo
Fecha de nacimiento del suscriptor	Relación al Paciente	Empleador

Seguro Secundario (Si es aplicable)		
Nombre de seguro	Fecha Efectivo	Fecha de Finalización
Nombre del suscriptor principal	Número de póliza:	# de Grupo
Fecha de nacimiento del suscriptor	Relación al Paciente	Empleador

POR FAVOR DEELE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO AL RECEPCIONISTA PARA QUE HAGUE COPIAS – GRACIAS.



ACUERDO FINANCIERO

Entiendo que soy directamente responsable de todos los gastos generados por el servicio médico para mí y para mis dependientes, independientemente de la cobertura del seguro. Autorizo el tratamiento de la persona antes mencionada y estoy de acuerdo en pagar todas las tasas y cargos por dicho tratamiento. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos por mí, y los miembros de mi familia, que se muestran en las declaraciones. Los cargos presentes en las declaraciones son considerados correctos y razonables, a menos que sean protestados por escrito dentro de 30 días de la fecha de facturación. Yo, además, estoy de acuerdo en pagar intereses legales, gastos de recogida, y honorarios de abogados incurridos para cobrar cualquier cantidad que deba.

Es acordado que los pagos no serán retrasados o retenidos a causa de cualquier cobertura de seguro o la tramitación de las reclamaciones sobre el mismo, y todos los beneficios de seguro se asignarán a esta oficina cuando sea aplicable.

ACUERDO: La información anterior es con el propósito de obtener crédito y es garantizada ser verdad.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN: Si tiene cualquier inconveniente y no puede asistir a su cita, por favor llámenos al menos 24 horas antes de la cita, con el fin de que se la cambiemos. **Nuestra tarifa de ausencia será de \$ 50**, y tiene que ser pagada antes de su próxima cita.

CHEQUES DEVUELTOS: Su cuenta será cargada \$ 30 por cada cheque devuelto.

Firma: X _____ Fecha: _____
Paciente / Padre / Guardian

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar esta forma usted reconoce la recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Gulf View General, LLC. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida. Le animamos a leerlo en su totalidad. Nuestro aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios.

X _____
Firma de Paciente/ Padre/ Guardian

Fecha

Nombre de Paciente o Representante (Letra de Molde)

Relacion a Paciente

Uso de Oficina:

Se intentó obtener una confirmación escrita, pero no se pudo obtener por la siguiente razón

- Paciente o representante se negó a firmar
- Situación de emergencia impidió la firma
- Otro: _____

Firma del Representante del Proveedor

Fecha



GULF VIEW GENERAL SURGERY, LLC
CUESTIONARIO DE PACIENTES NUEVOS

Nombre del Paciente: _____ Altura: _____ Peso: _____ Femenino Masculino

Edad hoy: _____	3. Último médico primario _____
1. Describa la razón principal de su visita :	4. ¿Utiliza productos de tabaco?
2. ¿Consumes bebidas alcohólicas?? <input type="checkbox"/> Sí, Tipo _____ <input type="checkbox"/> Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No, nunca he fumado. <input type="checkbox"/> No, dejé de fumar _____ meses/años atrás <input type="checkbox"/> Sí, fumo _____ paquetes por día, Años _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____

Nombre de Farmacia Preferida: _____
Dirección: _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

<u>CEREBRO</u> <input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <u>ENDOCRINO</u> <input type="checkbox"/> Diabetes insulino-dependiente <input type="checkbox"/> Diabetes no insulino-dependiente <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Osteoporosis severa <u>CORAZÓN</u> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (ataque del corazón) <input type="checkbox"/> Hipertensión /Presión alta <u>INFECCIOSO</u> <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Celulitis <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Infección en las articulaciones	<u>RIÑÓN</u> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica <u>PULMÓN</u> <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC <u>MUSCULOESQUELETICAS</u> <input type="checkbox"/> Dolor lumbar <input type="checkbox"/> Ciática <input type="checkbox"/> Estenosis espinal <input type="checkbox"/> Enfermedad degenerativa de disco <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide juvenil <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis severa <u>CÁNCER</u> Tipo: _____	<u>PSIQUIÁTRICO</u> <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Depresión mayor <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <u>ESTÓMAGO Y INTESTINO</u> <input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico / Reflujo <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable <u>VASCULAR</u> <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> OTRO: 1. _____ 2. _____ 3. _____
---	---	--

ALERGIAS

POR LO QUE YO SÉ, NO TENGO NINGUNA ALERGIA

<u>MEDICINA</u>	<u>REACCIÓN</u>	<u>GENERAL</u>	<u>REACCIÓN</u>
<input type="checkbox"/> Aspirina	_____	<input type="checkbox"/> Látex	_____
<input type="checkbox"/> Eritromicina	_____	<input type="checkbox"/> Adhesivo	_____
<input type="checkbox"/> AINEs	_____	<input type="checkbox"/> Otro:	_____
<input type="checkbox"/> Penicilina	_____		
<input type="checkbox"/> Sulfas	_____		

HISTORIA FAMILIAR

<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Otro:	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	_____		_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____		_____

HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA

<p><u>PECHO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tumorectomía (<i>lado izquierdo o derecho</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Mastectomía (<i>lado izquierdo o derecho</i>)</p> <p><u>CARDIOVASCULAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> Bypass de la arteria coronaria</p> <p><input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula</p> <p><u>ORTOPÉDICO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Columna</p> <p><input type="checkbox"/> Deportes/Trauma</p>	<p><u>GASTROINTESTINAL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Reparación de hernia</p> <p><input type="checkbox"/> Resección del intestino grueso</p> <p><input type="checkbox"/> Eliminación de la vesícula biliar</p> <p><u>VASCULAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico abdominal</p> <p><input type="checkbox"/> Bypass Femoral</p> <p><input type="checkbox"/> Shunt de diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Extirpación de venas varicosas</p>	<p>OTRO:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p>
---	---	---

INFORMACION DE MEDICAMENTOS
(Por favor marque los medicamentos que toma y escriba la potencia)

<p><u>Hipertensión:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Accupril (Quinapril)</p> <p><input type="checkbox"/> Atenolol</p> <p><input type="checkbox"/> Capoten (Captopril)</p> <p><input type="checkbox"/> Cardizem (Diltiazem)</p> <p><input type="checkbox"/> Cardura (Doxazosin)</p> <p><input type="checkbox"/> Cozaar (Losartan)</p> <p><input type="checkbox"/> Diovan (Valsartan)</p> <p><input type="checkbox"/> Vasotec (Enalapril)</p> <p><input type="checkbox"/> Zestril (Lisinopril)</p> <p><input type="checkbox"/> Lopressor/Toprol (Metoprolol)</p> <p><input type="checkbox"/> Lotensin (Benazepril)</p> <p><input type="checkbox"/> Norvasc (Amlodipino)</p> <p><input type="checkbox"/> Procardia (Nifedipina)</p>	<p><u>Para reducir el colesterol:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lipitor (Atorvastatina)</p> <p><input type="checkbox"/> Pravachol (Pravastatina)</p> <p><input type="checkbox"/> Zocor (Simvastatina)</p> <p><u>Diuréticos (píldoras de agua):</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dyazide (HCTZ + Triamtereno)</p> <p><input type="checkbox"/> Lasix (Furosemida)</p> <p><input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida (HCTZ)</p> <p><u>Diabetes:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Glucophage (Metformina)</p> <p><input type="checkbox"/> Glucotrol (Glipizida)</p> <p><input type="checkbox"/> Insulina (Humulina)</p> <p><u>Gastrointestinal(estómago):</u></p> <p><input type="checkbox"/> Nexium (Esomeprazol)</p> <p><input type="checkbox"/> Prevacid (Lansoprazol)</p> <p><input type="checkbox"/> Prilosec (Omeprazol)</p> <p><input type="checkbox"/> Zantac (Ranitidina)</p>	<p><u>AINEs:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Advil/Motrin (Ibuprofen)</p> <p><input type="checkbox"/> Aleve (Naproxeno o Naprosyn)</p> <p><input type="checkbox"/> Bextra</p> <p><input type="checkbox"/> Celebrex</p> <p><input type="checkbox"/> Mobic</p> <p><u>Dolor:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Darvocet (Acetaminofeno + Propoxifeno)</p> <p><input type="checkbox"/> Dilaudid</p> <p><input type="checkbox"/> Duragesic Patch (Fentanyl Patch)</p> <p><input type="checkbox"/> Endocet/Percocet/Tylox (Oxicodona + Acetaminofeno)</p> <p><input type="checkbox"/> Lortab/Vicodin (Hidrocodona + Acetaminofeno)</p> <p><input type="checkbox"/> MS Contin</p> <p><input type="checkbox"/> Neurontin</p> <p><input type="checkbox"/> Oxicodona/Oxycontin</p>
---	--	--

<p><u>Del corazón:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lanoxin (Digoxina)</p> <p><input type="checkbox"/> Nitroglicerina</p> <p><u>Anticoagulantes</u></p> <p><input type="checkbox"/> Aspirina</p> <p><input type="checkbox"/> Coumadin (Warfarina)</p> <p><input type="checkbox"/> Plavix</p>	<p><u>Reumatología:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Metotrexato</p> <p><input type="checkbox"/> Plaquenil</p> <p><input type="checkbox"/> Prednisona</p>	<p><input type="checkbox"/> Tylenol #3(Acetaminofeno + Codeína)</p> <p><input type="checkbox"/> Ultram (Tramadol)</p> <p><input type="checkbox"/> Percocet</p> <p><input type="checkbox"/> Vicodin</p>
---	---	--

OTRO(S) MEDICAMENTO(S):

REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor marque cualquier síntoma que usted está experimentando actualmente.

<p><u>GENERAL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Buena salud en general</p> <p><input type="checkbox"/> Escalofríos</p> <p><input type="checkbox"/> Cansado todo el tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Sudoración nocturna</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento de peso de más de 10 libras</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de peso de más de 10 libras</p> <p><u>PIEL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Erupciones</p> <p><input type="checkbox"/> Psoriasis</p> <p><input type="checkbox"/> Moretones con facilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Bultos anormales</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de pecho/mamas</p> <p><u>CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Visión borrosa</p> <p><input type="checkbox"/> Sinusitis</p> <p><input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p><u>CUELLO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para tragar</p>	<p><u>RESPIRATORIO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Falta de aire</p> <p><input type="checkbox"/> Tos crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilancias</p> <p><u>CARDIOVASCULAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular</p> <p><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco</p> <p><u>GASTROINTESTINAL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Anorexia</p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas/vomitos</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor abdominal</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en las heces</p> <p><u>GENITOURINARIAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en la orina</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor al orinar</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de control de la vejiga</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento de la frecuencia de la micción</p> <p><input type="checkbox"/> Cálculos renales</p>	<p><u>MUSCULOESQUELÉTICO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas / esguinces</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones</p> <p><u>NEUROLÓGICA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Mareos</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento</p> <p><u>PSIQUIÁTRICO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio en el patrón del sueño</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><u>ENDOCRINO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides</p> <p><input type="checkbox"/> Cambios en el apetito</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><u>HEMATOLOGÍA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos agrandados</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado prolongado</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado espontáneo</p>
--	---	---

OB/GYN (sólo mujeres)

Embarazos: _____ Año(s): _____ Cirugías: _____

Abortos: _____ Año(s): _____

Término de Embarazo: _____ Prematuro: _____

Lactancia Materna: _____ Total de meses entre bebes: _____

Año Primera Menstruación: _____

Fecha Ultimo Periodo Menstrual: _____

Uso de Hormonas o Anticonceptivos: _____

- Todos los demás sistemas negativos
- Otros: _____

Otros problemas (por favor describa):



GULF VIEW GENERAL SURGERY

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MEDICAL PUEDE SER UTILISADA Y COMPARTIDA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEALO ATENTAMENTE.

Usos y divulgaciones

Tratamiento. Su información médica puede ser utilizada por los miembros del personal o compartida con otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su estado de salud, diagnosticar condiciones médicas, y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de pruebas de laboratorio y procedimientos estarán disponibles en su expediente médico a todos los profesionales de la salud que puedan proporcionar tratamiento o que puedan ser consultados por los funcionarios.

Pago. Su información médica puede ser usada para buscar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura tal como un asegurador de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que usted pueda utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios prestados, y el estado de salud que padece.

Operaciones de atención médica. Su información médica puede ser utilizada como sea necesario para apoyar las actividades y gestiones del día a día de nuestra práctica de Medicina Interna. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibió puede ser utilizada para apoyar la presupuestación y la presentación de informes financieros, y las actividades para evaluar y promover la calidad.

Las fuerzas de la orden. Su información médica puede ser revelada a agencias de la ley para apoyar las auditorías e inspecciones gubernamentales, a fin de facilitar las investigaciones policiales y judiciales, y para cumplir con la presentación de informes mandato del gobierno

Informes de salud pública. Su información médica puede ser revelada a agencias de salud pública como lo requiere la ley. Por ejemplo, estamos obligados a reportar ciertas enfermedades contagiosas al departamento de salud pública del estado. Otros usos y revelaciones requieren su autorización. La divulgación de su información de salud o su uso para cualquier fin distinto a los mencionados anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si usted cambia de opinión después de autorizar el uso o divulgación de su información usted puede presentar una revocación escrita de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará o deshará cualquier uso o divulgación de la información que se produjo antes de que usted nos notificó de su decisión de revocar su autorización.

Usos Adicionales de Información

Recordatorios de cita. Su información de salud será utilizada por nuestro personal para enviarle recordatorios de citas.

Información sobre tratamientos. Su información médica puede ser usada para enviarle información que puede resultar interesante en el tratamiento y control de su estado de salud.

También podemos enviar información describiendo otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle a usted.

Derechos Individuales

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información de salud protegida
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales relativas a su condición médica y tratamiento
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida
- El derecho de enmendar o presentar correcciones a su información de salud protegida
- El derecho a recibir una explicación de cómo y a quién su información de salud protegida ha sido divulgada
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

DEBERES DE GULF VIEW GENERAL SURGERY

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proporcionarle este aviso de practicas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Derecho de revisar las prácticas de privacidad

Según lo permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. A petición, le proporcionaremos el aviso revisado por última vez en cualquier visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información de salud protegida que mantenemos.

Solicitudes para inspeccionar información de salud protegida

En general, usted puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. Según lo permitido por la reglamentación federal, requerimos que solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida sean presentadas por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso a sus registros contactando al Oficial de Privacidad. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que haya razones legales o médicas para negar la solicitud.

Quejas

Si USTED Quiere: entregar un comentario o una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta explicando sus inquietudes a:

PRIVACY OFFICER
GULF VIEW GENERAL SURGERY, LLC
11181 HEALTH PARK BLVD SUITE 3050
NAPLES, FL 34110

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe enterarnos a través de documentación escrita, describiendo la causa de su preocupación a la misma dirección. Usted no será penalizado por llenar una queja.

Este aviso se hace efectivo a partir del 1 de septiembre 2014.