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/Dia/Año)

Número de Teléfono:_____ Celular:

Sexo: ○M ○ F

Direción:_____
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.

GULF VIEW GENERAL SURGERY

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 impedio la firma
- ☒ Otro:_____

_____ _____

Firma del Representante del Proveedor Fecha

GULF VIEW GENERAL SURG

CUESTIONARIO DE PACIENTES NUEVOS

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

Edad hoy:_____

1. Describa la razón principal de su visita :

2. ¿Consume bebidas alcohólicas??

☒ Sí, Tipo_____

☒ Cantidad:_____

☒ No

3. Último médico primario

_____

4. ¿Utiliza productos de tabaco?

☒ No, nunca he fumado.

☒ No, dejé de fumar _____meses/años atras

☒ Sí, fumo_____ paquetes por dia, Años_____

☒ Otro:_____

Nombre de Farmacia Preferida:_____

Dirección:_____ **Codigo Postal:**

_____ **Teléfono:**

ANTECEDENTES

CEREBRO
- ☒ Ataque isquémico transitorio
- ☒ Derrame Cerebral

ENDOCRINO
- ☒ Diabetes insulino-dependiente
- ☒ Diabetes no insulino-dependiente
- ☒ Hipercolesterolemia
- ☒ Hipotiroidismo
- ☒ Osteoporosis severa

CORAZÓN
- ☒ Enfermedad de la arteria coronaria
- ☒ Infarto de miocardio (ataque del corazon)
- ☒ Hipertensión /Presión alta

INFECCIOSO
- ☒ VIH
- ☒ Hepatitis
- ☒ Celulitis

RIÑÓN
- ☒ Insuficiencia renal crónica

PULMÓN
- ☒ Embolia pulmonar
- ☒ Bronquitis crónica
- ☒ Asma
- ☒ EPOC

MUSCULOESQUELETICAS
- ☒ Dolor lumbar
- ☒ Ciática
- ☒ Estenosis espinal
- ☒ Enfermedad degenerativa de disco
- ☒ Artritis reumatoide juvenil
- ☒ Lupus
- ☒ Artritis reumatoide
- ☒ Psoriasis
- ☒ Osteoartritis
- ☒ Osteoporosis severa

CÁNCER

Tipo:

PSIQUIÁTRICO
- ☒ Abuso de alcohol
- ☒ Depresión mayor
- ☒ Trastorno de ansiedad
- ☒ Trastorno bipolar
- ☒ Esquizofrenia

ESTÓMAGO Y INTESTINO
- ☒ Enfermedad de reflujo gastroesofágico / Reflujo
- ☒ Úlcera gástrica
- ☒ Síndrome del Intestino Irritable

VASCULAR
- ☒ Trombosis venosa profunda
- ☒ Flebitis
- ☒ Anemia de células falciformes

☒ **OTRO:**

1._____
2._____
3._____

GULF VIEW GENERAL SURGERY

ALERGIAS

☒ **POR LO QUE YO SÉ, NO TENGO NINGUNA ALERGIA**

MEDICINA	REACCIÓN	GENERAL	REACCIÓN
☒ Aspirina		☒ Látex	
☒ Eritromicina		☒ Adhesivo	
☒ AINEs		☒ Otro:	
☒ Penicilina			
☒ Sulfas			

HISTORIA FAMILIAR

☒ Cancer
☒ Enfermedad del corazón
☒ Diabetes
☒ Otro: _____
_____
_____

HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA

PECHO
☒ Tumorectomía *(lado izquierdo o derecho)*
☒ Mastectomía *(lado izquierdo o derecho)*

CARDIOVASCULAR
☒ Marcapasos
☒ Bypass de la arteria coronaria
☒ Reemplazo de válvula

ORTOPÉDICO
☒ Reemplazo de Articulaciones

GASTROINTESTINAL
☒ Reparación de hernia
☒ Resección del intestino grueso
☒ Eliminación de la vesícula biliar

VASCULAR
☒ Aneurisma aórtico abdominal
☒ Bypass Femoral
☒ Shunt de diálisis
☒ Extirpación de venas

OTRO:
1._____
2._____
3._____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

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

Hipertensión:

- ☒ Accupril (Quinapril)
- ☒ Atenolol
- ☒ Capoten (Captopril)
- ☒ Cardizem (Diltiazem)
- ☒ Cardura (Doxazosin)
- ☒ Cozaar (Losartan)
- ☒ Diovan (Valsartan)
- ☒ Vasotec (Enalapril)
- ☒ Zestril (Lisinopril)
- ☒ Lopressor/Toprol (Metoprolol)
- ☒ Lotensin (Benazepril)
- ☒ Norvasc (Amlodipino)

Para reducir el colesterol:

- ☒ Lipitor (Atorvastatina)
- ☒ Pravachol (Pravastatina)
- ☒ Zocor (Simvastatina)

Diuréticos (píldoras de agua):

- ☒ Dyazide (HCTZ + Triamtereno)
- ☒ Lasix (Furosemida)
- ☒ Hidroclorotiazida (HCTZ)

Diabetes:

- ☒ Glucophage (Metformina)
- ☒ Glucotrol (Glipizida)
- ☒ Insulina (Humulina)

Gastrointestinal(estómago):

- ☒ Nexium (Esomeprazol)
- ☒ Prevacid (Lansoprazol)
- ☒ Prilosec (Omeprazol)
- ☒ Zantac (Ranitidina)

AINEs:

- ☒ Advil/Motrin (Ibuprofen)
- ☒ Aleve (Naproxeno o Naprosyn)
- ☒ Bextra
- ☒ Celebrex
- ☒ Mobic

Dolor:

- ☒ Darvocet (Acetaminofeno +Propoxifeno)
- ☒ Dilaudid
- ☒ Duragesic Patch (Fentanyl Patch)
- ☒ Endocet/Percocet/Tylox (Oxicodona + Acetaminofeno)
- ☒ Lortab/Vicodin(Hidrocodona + Acetaminofeno)
- ☒ MS Contin
- ☒ Neurontin
- ☒ Oxicodona/Oxycontin

GULF VIEW GENERAL SURGERY

Del corazón:
- ☒ Lanoxin (Digoxina)
- ☒ Nitroglicerina

Anticoagulantes
- ☒ Aspirina
- ☒ Coumadin

Reumatología:
- ☒ Metotrexato
- ☒ Plaquenil
- ☒ Prednisona

- ☒ Tylenol #3(Acetaminofeno + Codeína)
- ☒ Ultram (Tramadol)
- ☒ Percocet
- ☒ Vicodin

OTRO(S) MEDICAMENTO(S):

REVISIÓN DE SISTEMAS
Por favor marque cualquier síntoma que usted está experimentando actualmente.

GENERAL
- ☒ Buena salud en general
- ☒ Escalofríos
- ☒ Cansado todo el tiempo
- ☒ Mareos
- ☒ Fiebre
- ☒ Sudoración nocturna
- ☒ Aumento de peso de más de 10 libras
- ☒ Pérdida de peso de más de 10 libras

PIEL
- ☒ Erupciones
- ☒ Psoriasis
- ☒ Moretones con facilidad
- ☒ Bultos anormales
- ☒ Dolor de pecho/mamas

CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA
- ☒ Visión borrosa
- ☒ Sinusitis
- ☒ Desmayos

RESPIRATORIO
- ☒ Falta de aire
- ☒ Tos crónica
- ☒ Sibilancias

CARDIOVASCULAR
- ☒ Dolor de pecho
- ☒ Palpitaciones
- ☒ Latido del corazón irregular
- ☒ Soplo cardíaco

GASTROINTESTINAL
- ☒ Anorexia
- ☒ Estreñimiento
- ☒ Diarrea
- ☒ Náuseas/vomitos
- ☒ Dolor abdominal
- ☒ Sangre en las heces

GENITOURINARIAS
- ☒ Sangre en la orina
- ☒ Dolor al orinar
- ☒ Pérdida de control de la vejiga
- ☒ Aumento de la frecuencia de

MUSCULOESQUELÉTICO
- ☒ Fracturas / esguinces
- ☒ Osteoporosis
- ☒ Inflamación de las articulaciones

NEUROLÓGICA
- ☒ Mareos
- ☒ Dolores de cabeza / migrañas
- ☒ Convulsiones
- ☒ Pérdida del conocimiento

PSIQUIÁTRICO
- ☒ Ansiedad
- ☒ Cambio en el patrón del sueño
- ☒ Depresión

ENDOCRINO
- ☒ Problemas de la tiroides
- ☒ Cambios en el apetito
- ☒ Diabetes

HEMATOLOGÍA
- ☒ Ganglios linfáticos agrandados
- ☒ Sangrado prolongado

OB/GYN (sólo mujeres)
Embarazos:
Abortos: _____

Cirugías:

- ☒ Todos los demás sistemas negativos

Otros:_____

Otros problemas (por favor describa):

GULF VIEW GENERAL SURGERY

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, diagnósticar 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 gestiónes 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 SOCIOS DE MEDICINA INTERNA
Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proporcionarle este aviso de practicas de privacidad. También estámos 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.