



Fabian Berru, MD

Phone: 256.849.0440

Fax: 833.468.5230

Solicitud para nuevos pacientes

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento** ____ / ____ / ____

☐ Masculino ☐ Femenino **Raza:** ☐ Non-Hispano ☐ Hispano **Idioma:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono de casa: _____ **Celular:** _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Farmacia: _____ **Ciudad:** _____

Referido por: _____ **Médico de atención primaria anterior:** _____

Compañía de seguros principal: _____

Número de identificación del seguro: _____

Compañía de seguros secundaria (si corresponde): _____

Número de identificación del seguro secundario (si corresponde): _____

Condiciones médicas actuales:

Medicamentos actuales: *(incluya medicamentos con receta, sin receta, de venta libre, suplementos, etc.)*

Tenga en cuenta lo siguiente: No nos especializamos en servicios de tratamiento continuo para el dolor crónico ni los ofrecemos. Si actualmente toma medicamentos para el dolor crónico, indique el nombre del médico que se los receta y su especialidad.

Médico(a): _____ **Especialidad:** _____

Por favor, complete este formulario y devuélvalo a nuestra oficina por fax, correo o en persona.

Fax: 833.468.5230

Dirección: Albertville Primary Care, 312 Sand Mountain Dr. E., Albertville, AL, 35950

Políticas del consultorio

Como paciente, usted es el responsable final de su propia atención médica. Esto se demuestra al conocer qué medicamentos toma y por qué, llegar puntualmente a las citas, realizarse los análisis y pruebas indicados por su médico, y gestionar las renovaciones de recetas o completar la documentación necesaria de manera oportuna. Nosotros haremos todo lo posible por cumplir con nuestra parte, manteniéndole informado y tramitando sus órdenes y recetas con prontitud durante su visita.

- _____ Pagos: Se espera que los pacientes abonen todos los copagos en el momento de la visita.
- _____ Consultas y llamadas a enfermería: Cualquier consulta que no esté relacionada con la programación de citas se derivará a la línea de enfermería. Por favor, deje un mensaje con la información solicitada y le devolveremos la llamada en un plazo de un día hábil.
- _____ Horarios de las citas: Le rogamos que llegue puntual o con antelación a su cita programada. Si llega tarde, es posible que se le solicite reprogramar la cita.
- _____ Cancelaciones: Salvo en circunstancias excepcionales, solicitamos que avise con al menos 24 horas de antelación si desea cancelar una cita. De no hacerlo, las citas a las que no asista se considerarán como "falta de asistencia" (no show).
- _____ Política de falta de asistencia/Reprogramación: Los pacientes que falten a 3 citas sin previo aviso podrían ser dados de baja de nuestra consulta por incumplimiento de las normas. Si no asiste a su cita inicial o de paciente nuevo, se le cobrará una tarifa de \$150. Este importe deberá abonarse antes de que se le permita reprogramar la cita.
- _____ Conducta: No se tolerará, bajo ningún concepto ni circunstancia, el maltrato verbal o físico hacia nuestro médico o personal.
- _____ Cumplimentación de formularios: El plazo de tramitación para formularios FMLA u otros documentos que requieran ser completados es de 5 días hábiles. Se aplica un cargo de \$25 por formulario.
- _____ Renovación de recetas: Las solicitudes de renovación de medicamentos deben realizarse con al menos 3 días de antelación. Lo ideal es gestionar esto durante sus visitas de rutina; sin embargo, si se percata de que necesita renovar su medicación, puede llamar y dejar un mensaje a la enfermería solicitando dicha renovación.

Entiendo y acepto estas políticas:

Firma: _____ **Fecha de hoy:** ____ / ____ / ____

Debe ser firmada por el paciente o por su tutor legal si el paciente es menor de edad.

Documentación para nuevos pacientes pediátricos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

☐ Masculino ☐ Femenino Raza: ☐ Non-Hispano ☐ Hispano Idioma: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Farmacia: _____ Ciudad: _____

Referido por: _____ Médico de atención primaria anterior: _____

Persona responsable *(si es alguien distinto al paciente)*

Name: _____ Relation to Patient: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia *Debe tener un número de teléfono distinto al del paciente)*

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

¿Motivo de la visita de hoy?

Alergias: *(Por favor, enumérelas)*

Antecedentes médicos:

Por favor, enumere cualquier problema médico:

Family History:

If known, please list age of diagnosis in relation to breast cancer, colon cancer, and coronary artery disease diagnoses.

	Madre			Padre			Hermanos / Otros		
	Madre	Abuela	Abuelo	Padre	Abuela	Abuelo	Hermano	Hermana	Otro
Cáncer de mama									
Cáncer de colon									
Enfermedad de las arterias coronarias									
Fibrosis quística									
Diabetes									
Gota									
Colesterol alto									
Enfermedad de Huntington									
Hipertensión									
Enfermedad renal									
Enfermedad hepática									
Cáncer de pulmón									

Distrofia muscular	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Osteoartritis	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cáncer de próstata	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Artritis reumatoide	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Anemia de células falciformes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Accidente cerebrovascular	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Antecedentes quirúrgicos:

Cirugía / Procedimiento

Fecha aproximada

Médico / Centro

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes obstétricos y ginecológicos:

¿Ha estado embarazada alguna vez? (S / N) _____ ¿Cuántas veces? _____

Fecha de la última menstruación: _____

Vacunas:

Niños / Jóvenes menores de 24 años: ¿Están al día con todas las vacunas escolares? _____

En caso negativo, ¿qué vacunas faltan? _____

Nombre del pediatra: _____

¿Le interesa la vacuna contra el VPH (Gardasil)? _____

Medicamentos actuales:

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que toma actualmente. Incluya tanto los medicamentos recetados como los de venta libre.

___ MARQUE AQUÍ SI NO TOMA MEDICAMENTOS RECETADOS NI DE VENTA LIBRE

Nombre del medicamento	Dosis/Concentración	¿Con qué frecuencia?	Motivo por el que lo toma
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente, reconozco que he recibido o que se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, o bien que he tenido la oportunidad de recibir dicho Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente *(en letra de imprenta)*

Firma: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Debido a las normas federales de privacidad (HIPAA), Integra Family Medicine no tiene permitido divulgar información a nadie que no sea el paciente (o su tutor legal), a menos que se otorgue una autorización expresa por escrito para tratar asuntos de información médica personal con otra persona.

Yo, _____, autorizo a Integra Family Medicine a divulgar o tratar información médica personal —incluyendo la recogida de recetas y/o información financiera— con:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

GARANTÍA DE PAGO DE LA CUENTA: SE REQUIERE TENER 19 AÑOS DE EDAD PARA FIRMAR

Yo, el abajo firmante, cedo directamente a Integra Family Medicine todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos —si los hubiera— que de otro modo se me pagarían por los servicios prestados.

En contraprestación por los servicios prestados o que se prestarán, el abajo firmante se compromete a pagar todos los costos de cobranza y/o los honorarios razonables de abogados en caso de que la cuenta se derive a un proceso de cobro de dichos cargos. Por la presente, el abajo firmante renuncia a toda reclamación o derecho de exención permitido por la Constitución del estado de Alabama o de cualquier otro estado de los Estados Unidos.

Por la presente, autorizo a Integra Family Medicine a divulgar cualquier información necesaria para asegurar el pago de los beneficios correspondientes a mi cuenta.

Firma: _____

Fecha: _____

¿Podemos dejar mensajes de voz en los números que ha proporcionado? ____ Sí ____ No

Comentarios: _____

Por favor, escriba en letra de imprenta

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento** ____ / ____ / ____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____

Autorización para divulgar información de Integra Family Medicine a:

Nombre / Centro: _____ **A la atención de:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

Motivo de la solicitud: ☐ Personal ☐ Tratamiento ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Traslado
☐ Otro: _____

Autorización para divulgar información a Integra Family Medicine desde:

Por favor, envíelo por fax al 833.468.5230

Nombre / Centro: _____ **Número de fax:** _____

Rango de fechas: _____

- ☐ Notas de evolución ☐ Informes de radiología ☐ Análisis de laboratorio ☐ Informes quirúrgicos ☐ Inyecciones
☐ Fisioterapia ☐ Informe de EMG ☐ Estado laboral ☐ Disco de radiología ☐ Estado de cuenta
☐ Otro: _____

Autorización para divulgar información a Integra Family Medicine desde:

Por favor, envíelo por fax al 833.468.5230

Entiendo y acepto que la información divulgada puede incluir datos sobre consumo de alcohol o abuso de drogas, atención psiquiátrica, pruebas y resultados de VIH o información relacionada con el SIDA. * _____ (Por favor, coloque sus iniciales)

- ✓ Puedo negarme a firmar esta autorización, ya que hacerlo es estrictamente voluntario.
 - ✓ Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no pueden condicionarse a la firma de esta autorización.
 - ✓ Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; sin embargo, dicha revocación no afectará las acciones realizadas antes de que se reciba la misma.
 - ✓ A menos que se revoque antes, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____.
- Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización no caducará.
- ✓ Entiendo que, una vez divulgada la información conforme a esta autorización, el destinatario podría volver a divulgarla y es posible que dicha información ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.
 - ✓ Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario —abonando una tarifa razonable por la copia— si así lo solicito.
 - ✓ Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo y fecharlo.

Firma*: _____ **Fecha de hoy:** ____ / ____ / ____

**En el caso de menores no emancipados menores de 19 años, un padre o tutor legal debe firmar el formulario de autorización. Si el paciente no puede firmar, se debe proporcionar una copia de la documentación legal del representante del paciente junto con una copia de este formulario.*