

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
Género: Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (mes/ día/ año): / /	Sec Social #:	Estado civil: Casado <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>
Dirección (dirección / ciudad / estado / código postal):		Correo electrónico:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo (incluye ext.):	
Contacto de emergencia:	Teléfono de contacto:	Relación con un paciente:	
Raza Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> rechazado a reportar <input type="checkbox"/>			
Origen étnico Hispano <input type="checkbox"/> No reportado / Rechazado a reportar <input type="checkbox"/>	Idioma preferido:	Método preferido de contacto Teléfono residencial <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/>	
Farmacia:	Dirección Farmacia:	Farmacia telefónica:	
Empleador:	Ocupación:	Comprueba aquí si está Retirado	
Referido por o ¿Cómo se enteró de Medimore MD LLC?			

PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sec Social #:
Fecha de nacimiento (mes/ día/ año): / /	Relación de la parte financiera con el paciente:		
Dirección si es diferente del paciente (dirección / ciudad / estado / código postal):	Teléfono de casa:	Teléfono celular:	
Empleado por:	Ocupación:	Teléfono de la empresa:	
Dirección comercial:	Grupo de Compañías de Seguros #:	Suscriptor/Miembro #:	

Si el paciente es menor de edad: Al firmar a continuación, como padre, tutor legal o parte autorizada, doy mi consentimiento y autorizo, en nombre del Paciente, la prestación de atención y tratamiento, incluidos, entre otros, tratamientos / procedimientos médicos, quirúrgicos, de diagnóstico u otros tratamientos / procedimientos considerados necesarios o aconsejables por los empleados y agentes autorizados de Medimore MD LLC

Firma del paciente/guardian:	Nombre del paciente:	Fecha:
------------------------------	----------------------	--------

Consentimiento para el tratamiento

Consentimiento general para el tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento y autorizo la prestación de atención y tratamiento, incluidos, entre otros, tratamientos / procedimientos médicos, quirúrgicos, de diagnóstico u otros ("Tratamientos") considerados necesarios o aconsejables por médicos, profesionales, sus empleados y agentes autorizados de Medimore MD, LLC, para proporcionar cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesaria para evaluar y mantener mi salud de manera efectiva y para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que es responsabilidad de mis proveedores de atención médica de tratamiento individual explicarme las razones de cualquier examen, prueba o procedimiento de diagnóstico en particular, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y las cargas y beneficios anticipados asociados con estas opciones, así como cursos alternativos de tratamiento.

Agradecimientos generales: Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Entiendo que el tratamiento y el diagnóstico médico y quirúrgico pueden implicar riesgos de lesiones e incluso la muerte. No se me han hecho garantías con respecto a los resultados de mis exámenes o tratamientos. Entiendo y acepto que puedo ser observado y / o recibir atención de estudiantes médicos, nacionales y otros estudiantes de atención médica en capacitación en Medimore MD LLC. Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones y hacer arreglos para la atención de seguimiento según las indicaciones de Medimore MD LLC.

Derecho a rechazar tratamientos: Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas con respecto a todos los cuidados y tratamientos, y que debo pedirle a mi profesional de la salud que aclare o explique cualquier cosa que no entienda. Este derecho incluye el derecho a rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento en particular recomendado o considerado médicamente necesario por mi proveedor de atención médica individual. Entiendo completamente que este acuerdo y consentimiento continuarán hasta que yo los cancele por escrito.

Firma del paciente/guardian: _____

Consentimiento informado COVID-19

Entiendo que estoy dando este consentimiento informado a Medimore Md LLC. (la "Práctica") que evidencia mi decisión educada de recibir servicios en la Práctica antes de cualquier vacuna o tratamiento efectivo conocido para el Coronavirus-COVID-19. Se me ha informado que la Práctica ha adoptado protocolos recomendados para la prevención de COVID-19 en sus instalaciones y que puedo solicitar información adicional antes de firmar este consentimiento, y en cualquier momento posterior, en cuanto a los protocolos específicos establecidos con respecto a la respuesta de la Práctica a COVID-19.

Reconozco que entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y aún pueden ser altamente contagiosos. Entiendo que la práctica tratará a pacientes que no sean yo en sus instalaciones, así como empleará personal que pueda ser asintomático o calificado como "recuperado" de acuerdo con las pautas de los CDC. Entiendo que es imposible determinar quién lo tiene y quién no, en un momento dado, incluso cuando las pruebas están fácilmente disponibles. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la práctica si soy médicamente de "alto riesgo" por cualquier motivo.

Por la presente acepto liberar a la Práctica, y sus propietarios, miembros, funcionarios, empleados, contratistas, agentes y representantes ("Representantes de la Práctica"), y me comprometo a no iniciar ni mantener ninguna acción o procedimiento contra la Práctica y cualquier Representante de la Práctica, para o de cualquier y todas las reclamaciones, causas de acción, responsabilidades, daños, honorarios (incluidos los honorarios de abogados y los costos de defensa) y demandas de cualquier tipo, en derecho o equidad ("Reclamaciones"), que yo (y mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios) tendré o podré tener, o de cualquier persona o entidad que no sea yo, para, al o debido a mi contrato COVID-19, incluida cualquier reclamación resultante de mi transmisión de COVID-19 a cualquier otra persona o cosa. Por la presente, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a los Representantes de la Práctica y la Práctica de y contra todas y cada una de las Reclamaciones de o contra cualquier persona o entidad que no sea yo en relación con mi tener o transmitir COVID-19.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído este Consentimiento Informado y por la presente acepto sus términos y asumo el riesgo de una posible exposición al COVID-19 al recibir tratamiento en la Práctica.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Asignación de beneficios

PODER NOTARIAL PARA ENDOSAR CHEQUES Y/O FIRMAR CUALQUIER DOCUMENTO QUE MEJORE O AGILICE EL PAGO AL PROVEEDOR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A UNA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/AUTORIZACIÓN PARA PAGAR.

Conocido por todos estos presentes que: el abajo firmante ha hecho, constituido y designado, y por estos presentes hace, constituye y designa a Medimore MD LLC ("Proveedor de atención médica") y a cualquiera de sus agentes y empleados debidamente autorizados como y para ser el tur del abajo firmante y abogado legal para y en nombre del abajo firmante, lugar y lugar para endosar todos y cada uno de los cheques, giros o giros postales pagaderos solo al abajo firmante o al abajo firmante y Medimore MD LLC cuyos cheques, giros o giros postales se hacen pagaderos por servicios que han sido prestados por Medimore MD, LLC a solicitud o con el conocimiento y aprobación del abajo firmante y / o fabricante del cheque, giro o giro postal.

Esta asignación incluye, pero no se limita a, todos los derechos para cobrar beneficios directamente de mi compañía de seguros ("Asegurador") por los servicios que he recibido y todos los derechos para proceder contra mi compañía de seguros en cualquier acción, incluida la demanda legal o por cualquier motivo por parte de la compañía de seguros no realiza los pagos de los beneficios debidos a mi cesionario o a mí. Esta asignación también incluye cualquier derecho a recuperar los honorarios y costos del abogado por dicha acción presentada por el proveedor de atención médica como mi cesionario.

El abajo firmante de estos presentes otorga y otorga a Medimore MD LLC como abogado el pleno poder y autoridad para hacer y realizar todos y cada uno de los actos requeridos y necesarios para ser realizados en y alrededor de las instalaciones tan plenamente a todos los efectos y propósitos como el abajo firmante podría o podría hacer para presentar personalmente en la medida en que el endoso y el cobro de dicho cheque y en cuestión, así como cualquier otro documento.

En cualquier momento después de que la Aseguradora no realice el pago aplicable dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de las facturas médicas del Proveedor de atención médica para cualquier fecha de servicio, este acuerdo puede ser revocado. Dicha revocación del Proveedor de Atención Médica será efectiva el trigésimo primer día después de que la Aseguradora haya recibido la(s) factura(s) médica(s) del Proveedor de Atención Médica que la Aseguradora haya negado, retirado, reducido o dejado de pagar de acuerdo con el Estatuto de Florida 627.736. Dicha revocación incluirá todas y cada una de las fechas de servicio posteriores al trigésimo primer día después de que la Aseguradora haya recibido la(s) factura(s) médica(s) del Proveedor de Atención Médica que la Aseguradora haya negado, retirado, reducido o dejado de pagar de acuerdo con la Estatua de Florida 627.736.

Una fotocopia de este documento será tan vinculante como una página de firma original.

El abajo firmante ratifica y confirma todas y cada una de las acciones tomadas por dicho abogado de acuerdo con este poder especial y que dicho abogado hará y hará que se haga en virtud de estos presentes.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros contratada, previamente identificada, a pagar y enviar por correo directamente a Medimore MD LLC los beneficios médicos que de otro modo me pagarían por sus servicios, pero sin exceder los cargos de esos servicios. Por la presente, asigno irrevocablemente a Medimore MD, LLC cualquier beneficio bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o cualquier otra fuente colateral como se define en los Estatutos de Florida para cualquier servicio y cargo proporcionado por Medimore MD, LLC.

Firma del paciente/guardian: _____

Fecha: _____



Acuse de recibo del paciente del Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento/Formulario de autorización y divulgación limitados (regla general de HIPAA)

Nombre del paciente: _____

¿CÓMO QUIERES QUE TE DIRIJAN CUANDO TE LLAMEN DESDE EL ÁREA DE RECEPCIÓN?

Nombre Sólo Apellido propio Otro

ENUMERE CUALQUIER OTRA PARTE QUE PUEDA TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD (Esto incluye padrastrós, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: _____

Nombre: _____

AUTORIZO AL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS CITAS, SALUD, TRATAMIENTO E INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN A TRAVÉS DE:

Confirmación de teléfono celular Confirmación de teléfono residencial Confirmación de teléfono de trabajo
Mensaje de texto a mi teléfono celular Confirmación por correo electrónico cualquiera de los anteriores

Por la presente, doy mi consentimiento para que Medimore MD, LLC use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). Por la presente reconozco que tengo derecho a revisar la Política de privacidad de la práctica antes de firmar este consentimiento, que me proporcionó una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de mi PHI. Soy consciente de que la Práctica se reserva el derecho de revisar su Política de Privacidad en cualquier momento. También soy consciente de que se puede obtener una Política de privacidad revisada enviando una solicitud por escrito a la Práctica.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que la práctica use y divulgue mi PHI como se especifica en la Política de privacidad y este Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida que indiqué anteriormente e incluye en persona, envío por correo a mi hogar u otro lugar designado cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados y otros asuntos relacionados con mi tratamiento TPO. Entiendo que tengo el derecho de solicitar que la Práctica restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la Práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por este acuerdo. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la Práctica ya haya realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, entiendo que la Práctica puede negarse a proporcionarme tratamiento.

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Si se niega, es posible que no se nos permita procesar sus reclamos de seguro.

Reconozco y acepto que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de Medimore MD LLC.

Firma del paciente/guardian: _____

Fecha: _____

Contrato del paciente

Bienvenido a Medimore MD LLC. Estamos comprometidos con la salud y el bienestar de nuestros pacientes. A cambio de nuestro compromiso con usted, nuestro paciente, requerimos que reconozca y se adhiera a los procedimientos operativos básicos de Medimore MD LLC, establecidos en este Contrato para pacientes, de la siguiente manera:

- ✓ (inicial) Medimore MD, LLC le ofrecerá acceso a su propio portal personal para pacientes donde puede obtener sus registros y comunicarse con la oficina. El portal no es para asuntos urgentes. Los mensajes enviados a través del portal no se verificarán hasta el siguiente día hábil. Por favor, proporcione su dirección de correo electrónico para esta función.
- ✓ (inicial) Para mantener sus registros precisos y evitar interacciones medicamentosas potencialmente dañinas, es posible que necesitemos verificar sus medicamentos a través de una base de datos externa o con su farmacéutico. Esto permite a los proveedores de Medimore MD, LLC saber qué medicamentos le han recetado otros médicos.
- ✓ (inicial) Estoy de acuerdo en llegar a tiempo a mi cita. Recomendamos 15 minutos antes para los pacientes existentes o 30 minutos para los pacientes nuevos. Medimore MD, LLC requiere un aviso de 24 horas si no puedo asistir a mi cita. Entiendo que las citas perdidas con menos de 24 horas de anticipación pueden incurrir en una tarifa de \$ 30.
- ✓ (inicial) Los laboratorios y las pruebas de diagnóstico ordenadas antes de su visita o en su visita pueden requerir una cita de seguimiento adicional con su proveedor para analizar los resultados. Si no puede asistir a su cita programada, se le pedirá que reprograme para discutir sus resultados. Las pruebas del VIH y otros laboratorios sensibles siempre requerirán un seguimiento con su proveedor.
- ✓ (inicial) Por la presente autorizo al personal y proveedores apropiados a tomar fotografías digitales de mi condición de la piel que se utilizarán únicamente con el propósito de documentar registros médicos, ubicación de las opciones de tratamiento y plan de atención.
- ✓ (inicial) Si está disponible, doy mi consentimiento para las visitas de telemedicina, el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica utilizado para brindarle servicios cuando se encuentra en un lugar o sitio diferente al del proveedor. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento a la telemedicina sin afectar mi derecho a atención futura.
- ✓ (inicial) Por la presente doy mi consentimiento para no utilizar ningún dispositivo de grabación de voz o imagen en las instalaciones de Medimore MD, LLC. Esto incluye, pero no se limita a, cámaras, grabadoras de voz, teléfonos y gafas de Google.

Firma del paciente/guardian: _____

Fecha: _____

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que requerimos que lea y acepte antes de cualquier tratamiento.

- ✓ Se requiere prueba de cobertura e identificación con foto para todos los pacientes. Le pediremos que haga una copia de su identificación y tarjeta de seguro para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que su cobertura sea efectiva o que los servicios prestados serán cubiertos por su compañía de seguros.
- ✓ Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluyendo si somos un proveedor contratado con su compañía de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusión en su póliza de seguro, y cualquier requisito de autorización previa de su compañía de seguros.
- ✓ Intentaremos confirmar su cobertura de seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actual y precisa, incluidas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si no proporciona esta información, será financieramente responsable.
- ✓ Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, primero le facturaremos a su compañía de seguros, menos cualquier copago, coseguro o deducible(s) que sean pagaderos al momento del servicio, y luego le facturaremos cualquier cantidad restante que su compañía de seguros determine que es su responsabilidad. Cualquier saldo que deba que permanezca impago 60 días después de que se le facturó se transferirá a una agencia de cobro para su recuperación.
- ✓ Si no contratamos con su compañía de seguros, se espera que pague por todos los servicios prestados al final de su visita. Le proporcionaremos una declaración que puede enviar a su compañía de seguros para su reembolso.

Tarifa por servicio

- ✓ Estoy de acuerdo en pagar mi cuenta en el momento en que se presta el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para Medimore MD, LLC para el pago. Si mi cuenta se envía a cobros, acepto pagar los gastos de cobro, los honorarios judiciales y los honorarios razonables de abogados según lo establecido por el tribunal. Entiendo y acepto que si mi cuenta está en mora, se me pueden cobrar intereses a la tasa legal. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente, o cualquier parte responsable ante el paciente, se asigna a Medimore MD, LLC. Si mi compañía de seguros o plan de salud designa copagos y/o deducibles, acepto pagarlos a Medimore MD, LLC.
- ✓ Se agregará un cargo por cheque devuelto de \$25 al saldo de su cuenta, además del monto del cheque devuelto por fondos insuficientes. Este total debe pagarse en efectivo o con tarjeta de crédito dentro de los 14 días.

Servicios no cubiertos

- ✓ Entiendo que Medimore MD, LLC tiene contratos con planes de atención médica que establecen específicamente servicios que están "cubiertos" por el plan de atención médica. En consecuencia, el abajo firmante acepta la plena responsabilidad financiera de todos los servicios, que están determinados por los planes de servicios de atención médica que no están cubiertos. Acepto cooperar con Medimore MD, LLC para obtener las autorizaciones necesarias de servicios de atención médica. Entiendo que no todos los servicios prestados son considerados servicios médicamente cubiertos por mi plan de salud y el pago vencerá en el momento del servicio. Si no contratamos con su compañía de seguros, prepararemos y presentaremos su reclamo por usted de manera asignada. Tenga en cuenta que no estamos obligados contractualmente a aceptar ningún ajuste de su compañía de seguros. Cualquier cantidad que se determine que es "Responsabilidad del paciente" y no cobrada en el momento del servicio se le facturará a usted y el pago se debe al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina.
- ✓ Entiendo que soy responsable de los pagos de los servicios en el momento en que se prestan y de cualquier saldo impago en caso de reclamación de terceros o de seguros. Se me solicitará un seguro actualizado y actual y una tarjeta de crédito cada vez que me registre. Si tengo un saldo pendiente después de que se haya procesado el reclamo del seguro, se cargará a mi tarjeta de crédito el monto pendiente. Recibiré una confirmación del cargo junto con un estado de cuenta que explique el motivo de mi saldo restante. Entiendo que esto de ninguna manera comprometerá mi capacidad de disputar un cargo o cuestionar la determinación de pago de mi compañía de seguros. Entiendo que la falta de pago de cualquier saldo pendiente puede resultar en cargos adicionales o puede ser enviado a cobros.

Solo pacientes de Medicare

- ✓ Medimore MD, LLC acepta la determinación de cargos de la compañía de Medicare como el cargo completo, y soy responsable solo de cualquier deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de cargos de la compañía de Medicare. Entiendo que si una póliza de Medigap u otro seguro de salud se indica en el Artículo 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. Solicito que el pago de los beneficios de seguro secundario autorizados se realice en mi nombre a Medimore MD, LLC. Si recibo el pago, entonces soy responsable de proporcionar el pago y EOB a Medimore MD, LLC.
- ✓ He leído las políticas financieras contenidas anteriormente, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de una comprensión clara de mi responsabilidad financiera. Una copia de esta política está disponible bajo petición.

Firma del paciente/guardian: _____

Fecha: _____



Authorization to Disclose Medical Records

I hereby consent to the use and disclosure of my personally identifiable health information as described below. I understand that if the organization authorized to receive this information is not a health plan or health care provider, the information disclosed may no longer be protected by federal privacy regulations.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

I understand that I have the right to withdraw my authorization at any time, except to the extent that measures have already been taken pursuant to this authorization. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and submit my request in writing to the Department of Medical Records.

I understand that authorizing the release of this health information is voluntary. I may refuse to sign and the Medimore MD LLC center will not base treatment, payment, or eligibility for benefits on whether I provide authorization for the requested use or disclosure. I understand that I may inspect a copy of the information to be released, as provided in 45 CFR 164.524 (for a reasonable fee).

I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to disclosure by the recipient of the information and may no longer be protected by federal confidentiality laws or Medimore MD, LLC.

Authorization (printed name of the party publishing the records): _____

Information to be disclosed (check all applicable information):

All records Imaging Laboratory pathology EKG Other

Purpose of disclosure:

Continuation of care Other: _____

Special instructions:

Faxed: ____ Pickup: ____ EMR: __

Unless otherwise revoked, this authorization shall expire 36 months from the date of signature indicated below.

Patient/guardian signature: _____

The contents of this facsimile belong to Medimore MD, LLC, a Dr. Juan Zapata affiliate and may be privileged, confidential or otherwise protected from disclosure and is intended solely for the named recipient. If received by someone other than the designated recipient, please contact the sender at (561) 486-9466 or (561) 467-5232 to report the error. Under no circumstances should this material be shared, retained or copied by anyone other than the named recipient.