



Por favor, llene todo lo que está resaltado en gris

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (mes/ día/año): / /	Sec Social #:	Estado civil: Casado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>
Dirección (Dirección/ Ciudad/ Estado/ Código Postal):		Correo electrónico:	
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo (incluir ext.):	
Contacto de emergencia:	Teléfono de contacto:	Relación con un paciente:	
Raza Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> No Reportado / Negado a Reportar <input type="checkbox"/>			
Origen étnico Hispano <input type="checkbox"/> No - Hispano <input type="checkbox"/> No reportado / Negado a reportar <input type="checkbox"/>	Idioma preferido:	Método de contacto preferido Teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/>	
Farmacia:	Dirección Farmacia:	Farmacia Telefónica:	
Referido por o ¿Cómo se enteró de Medimore MD LLC?			

PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (COMPLETE SI EL ASEGURADO NO ES EL PRINCIPAL EN EL PLAN DE SEGURO)			
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Seguro social:
Fecha de nacimiento (mes/ día/año): / /	Relación de la parte financiera con el paciente:		Teléfono celular:
Dirección si es diferente a la del paciente (dirección / ciudad / estado / código postal):			

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento y autorizo en nombre del Paciente o como paciente, a la prestación de atención y tratamiento, incluidos, entre otros, los tratamientos/procedimientos médicos, quirúrgicos, de diagnóstico u otros que los empleados y los Agentes autorizados de Medimore MD LLC consideren necesarios o aconsejables

Firma del Paciente/Tutor:	Paciente/Tutor:	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 o de otro tipo ("Tratamientos") que los médicos, profesionales, sus empleados y agentes autorizados de Medimore MD, LLC consideren necesarios o aconsejables para proporcionar cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesarios 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 tratantes 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 los 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 dado garantías con respecto a los resultados de mis exámenes o tratamientos. Entiendo y acepto que puedo ser observado y/o recibir atención de estudiantes de medicina, enfermería y otros estudiantes de atención médica en formación en Medimore MD LLC. Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones y hacer los arreglos necesarios para la atención de seguimiento según lo indique 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 más a fondo 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 mis proveedores de atención médica tratantes individuales.

Entiendo completamente este acuerdo y el consentimiento continuará hasta que lo cancele por escrito.

Consentimiento informado 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 así pueden ser altamente contagiosos. Entiendo que el consultorio tratará a pacientes que no sean yo en sus instalaciones, además de emplear 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 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 a 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, por o de todas y cada una de 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) tendríamos o podríamos tener, o de cualquier persona o entidad que no sea yo, por, sobre o por razón de mi contracción de 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 de 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 presencia o transmisión de 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 posible exposición al COVID-19 al recibir tratamiento en la Práctica.

Firma del paciente/tutor: _____ Nombre del paciente/tutor: _____ Fecha: _____



Explicacion de beneficios

PODER NOTARIAL PARA ENDOSAR CHEQUES Y/O FIRMAR CUALQUIER DOCUMENTO QUE MEJORE O AGILICE EL PAGO AL PROVEEDOR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/AUTORIZACIÓN DE PAGO.

Conocido por todos los presentes que: el abajo firmante ha hecho, constituido y designado, y por la presente 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 abogado legal y legítimo del abajo firmante y en nombre del abajo firmante para endosar todos y cada uno de los cheques, giros o giros postales que sean pagaderos al abajo firmante solo o al abajo firmante y a Medimore MD LLC cuyos cheques, giros o giros postales sean pagaderos por servicios prestados por Medimore MD, LLC a solicitud o con el conocimiento y aprobación del abajo firmante y/o el emisor del cheque, giro postal o giro postal.

Esta cesión incluye, pero no se limita a, todos los derechos a cobrar beneficios directamente de mi compañía de seguros ("Aseguradora") por los servicios que he recibido y todos los derechos a proceder contra mi compañía de seguros en cualquier acción, incluida la demanda legal de que, por cualquier motivo, la compañía de seguros no realice los pagos de los beneficios adeudados a mi cesionario o a mí. Esta cesión también incluye cualquier derecho a recuperar los honorarios y costos de los abogados por dicha acción presentada por el Proveedor de atención médica como mi cesionario.

El abajo firmante por 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 que se requieran y sean 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 cobro de dicho cheque y en cuestión, así como cualquier otro documento.

En cualquier momento después de que la Aseguradora no realice el pago correspondiente 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 por parte del Proveedor de Atención Médica entrará en vigencia 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 el Estatuto 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 corresponderían por sus servicios, pero sin exceder los cargos de esos servicios. Por la presente, asigno irrevocablemente a Medimore MD, LLC cualquier beneficio en virtud de cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o cualquier otra fuente colateral según se define en los Estatutos de la Florida por cualquier servicio y cargo proporcionado por Medimore MD, LLC.

Firma del paciente/tutor: _____ Nombre del paciente/TUTOR: _____ Fecha: _____



Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente y Formulario de Consentimiento/Autorización y Divulgación Limitada (regla general de HIPAA)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Nombre: _____ Apellido _____ Relationship: _____

Nombre: _____ Apellido _____ Relationship: _____

AUTORIZO A CONTACTAR A ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS CITAS, SALUD, TRATAMIENTO Y INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN.

Por la presente, doy mi consentimiento para que Medimore MD, LLC use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las 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 el Consultorio 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 el Consultorio use y divulgue mi PHI como se especifica en la Política de privacidad y este Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida que indiqué anteriormente e incluso en persona, enviando por correo a mi hogar u otro lugar designado cualquier artículo que ayude al Consultorio a llevar a cabo la TPO, 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 derecho a solicitar que el Consultorio restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo la TPO. Sin embargo, el Consultorio no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la Práctica ya haya realizado divulgaciones en función de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, entiendo que la Práctica puede negarse a proporcionarme tratamiento.

Usted puede negarse a firmar este acuse de recibo 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/tutor: _____ Nombre del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

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, le exigimos que reconozca y se adhiera a los procedimientos operativos básicos de Medimore MD LLC, establecidos en este Contrato del paciente, de la siguiente manera:

- ✓ (inicial) Medimore MD, LLC le ofrecerá acceso a su propio portal personal para pacientes donde podrá obtener sus registros y comunicarse con la oficina. El portal no es para temas urgentes. Los mensajes enviados a través del portal no se revisarán hasta el siguiente día hábil. Proporcione su dirección de correo electrónico para esta función.
- ✓ (inicial) Para mantener sus registros precisos y evitar interacciones farmacológicas 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) Acepto 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.**
- ✓ (iniciales) Los análisis de laboratorio y las pruebas diagnósticas que se soliciten 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 la re programe para discutir sus resultados. Las pruebas de VIH y otros laboratorios sensibles siempre requerirán un seguimiento con su proveedor.
- ✓ (inicial) Por la presente autorizo al personal y a los proveedores apropiados a tomar fotografías digitales de mi afección cutánea que se utilizarán únicamente con el fin de documentar el registro médico, la ubicación de las opciones de tratamiento y el 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 que se utiliza 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 para la telemedicina sin afectar mi derecho a recibir atención en el futuro.
- ✓ (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, entre otros, cámaras, grabadoras de voz, teléfonos y gafas de Google.

Nombre del paciente/Tutor: _____ Fecha: _____



MEDIMORE MD

Acuerdo de responsabilidad financiera

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

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

- ✓ **Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluso si somos un proveedor contratado.**
- ✓ **Intentaremos confirmar la cobertura de su seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información actualizada y precisa sobre el seguro, incluidas las actualizaciones o cambios en su cobertura. Si no proporciona esta información, será financieramente responsable.**
- ✓ **Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, le facturaremos primero a su compañía de seguros, menos los copagos, coseguros o deducibles que se paguen en el momento del servicio, y luego le facturaremos cualquier cantidad restante que su compañía de seguros determine que es su responsabilidad. Cualquier saldo que adeude y que permanezca impago 60 días después de que se le facturó se transferirá a una agencia de cobro para su recuperación.**
- ✓ **Si no tenemos un contrato con su compañía de seguros, se espera que pague por todos los servicios prestados al final de su visita. Le proporcionaremos un estado de cuenta que puede enviar a su compañía de seguros para su reembolso.**

Servicios no cubiertos

- ✓ Entiendo que Medimore MD, LLC tiene contratos con planes de salud que específicamente establecen servicios que están "cubiertos" por el plan de salud. En consecuencia, el abajo firmante acepta toda la responsabilidad financiera de todos los servicios, que los planes de servicios de atención médica determinen que no estarán cubiertos. Entiendo que mi plan de salud no considera que todos los servicios prestados estén cubiertos por razones médicas.
- ✓ Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, coseguro y servicios no cubiertos.
- ✓ Entiendo que soy responsable de los pagos por los servicios en el momento en que se prestan y de los saldos impagos en caso de un reclamo de seguro o de terceros. Se me solicitará un seguro y una tarjeta de crédito actualizados y vigentes cada vez que haga el check-in. Si tengo un saldo pendiente después de que se haya procesado el reclamo de seguro, se cargará en mi tarjeta de crédito el monto pendiente. Recibiré la confirmación del cargo junto con un estado de cuenta que explica el motivo de mi saldo restante. Entiendo que esto de ninguna manera comprometerá mi capacidad para 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 cobranzas.

Yo, _____ **(nombre en letra de imprenta)** acepto pagar mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para Medimore MD LLC para el pago.

Fecha de firma del paciente



Autorización para divulgar registros médicos

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud de identificación individual como se describe a continuación. Entiendo que si la organización autorizada para recibir esta información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- ✓ Entiendo que tengo derecho a retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas de conformidad con esta autorización. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos.
- ✓ Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar y las instalaciones de Medimore MD LLC no basarán el tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios en si proporciono autorización para el uso o la divulgación solicitados. Entiendo que puedo inspeccionar una copia de la información que se divulgará, según lo dispuesto en 45 CFR 164.524 (con un cargo razonable).
- ✓ Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario de la información y ya no está protegida por las leyes federales de confidencialidad o por Medimore MD, LLC.

I Authorize (print name of party releasing the records): _____ to release my health information to Medimore Medical MD, LLC for the purpose of my healthcare and treatment.

Information to be Disclosed (please check all that apply):

All Records Imaging Lab Pathology EKG Other

The purpose for Disclosure:

Continuation of Care Other

Special Instructions:

Faxed: _____ Pick-up: _____ EMR: _____ Mailed: _____

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

Patient/Guardian Signature: _____ Patient Name: _____ Date: _____

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