

Where family is the focus of our care.



Karelina Muguercia, MD
.....%\$%W. Kaley Street
Orlando, Florida 32806
Teléfono: (407)872-8491
Fax: (407) 872-2454

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre : _____
Apellido Nombre Inicial

S. S. #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa : _____ Teléfono celular : _____

Dirección: _____ Apartamento #: _____

Ciudad: _____ State: _____ Código Postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Matrimonial: Soltero Casado Viudo Divorciado Separados

Correo electronico: _____

Centro de trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección del centro de trabajo: _____ Teléfono del centro de trabajo: _____

Contacto en caso de Emergencia

Contacto de emergencia Nombre: _____

Dirección del contacto: _____

Contacto de emergencia teléfono #: _____ Relación al paciente: _____

Seguro Medico

Seguro primario: _____ Poliza/ID#: _____

Seguros Información del suscriptor (si no es el paciente)

Nombre del suscriptor : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación al paciente: _____ Suscriptor SS#: _____

Número de Teléfono: _____ Centro de trabajo: _____

Dirección: _____

Paciente/Tutor Legal

Tutor Legal Nombre Firma

Relación con paciente

Fecha de hoy ____/____/____



HISTORIA PERSONAL Y EVALUACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ S.S.#: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

Nombre de la persona (si no es el paciente que completa este formulario)

Relación con paciente: _____

Registro confidencial: La información aquí contenida no se dará a conocer a menos que nos han autorizado a hacerlo, excepto cuando lo exija la ley.

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>		<i>Sí</i>	<i>No</i>		<i>Sí</i>	<i>No</i>		<i>Sí</i>	<i>No</i>
Anemia			Depression			Fiebre del heno			Las paperas		
Alcohol excesivo			Diabetes			Ataque al corazón			Colapso nervioso		
Alergias (excepto medicamentos)			Enfisema			Otras enfermedades del corazón			Fiebre reumática		
Artritis			Frecuentes infecciones de la vejiga o el riñón			Presión Arterial Alta			Enfermedades de Transmisión Sexual		
Asma			Infecciones pulmonares frecuentes			Ictericia			Anemia de células falciformes		
Cancer			Enfermedad de la vesícula biliar			Enfermedad renal			Las úlceras de estómago		
Varicela			Gota			Sarampión			Enfermedad de la tiroides		
Colitis			Hepatitis			Migraña			Tos ferina		

HÁBITOS PERSONALES:

1) ¿alguna vez ha fumado (cigarrillos, puros, pipa)? ____ Sí ____ No ¿cuántos años tiene usted o que usted fuma? ____
 ¿Ha utilizado el tabaco? ____ Sí ____ No ¿cuántos años? ____

2) ¿bebe regularmente alcohol? ____ Sí ____ No ____ 1 oz por día ____ 2 oz por día ____ 4 onzas por día ____ 6 oz o más
 ____ 1 Botella cerveza por día ____ 2 botellas al día ____ 3 o más botellas al día
 ____ 1 lata por día ____ 2 latas por día ____ 3 o más latas por día

3) ¿ha utilizado alguna vez un recreativo/drogas ilegales? ____ Sí ____ No Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____

OPERACIONES: Lista e indicar año aproximado.

LESIONES GRAVES : Lista las lesiones y dar fechas aproximadas.

LAS hospitalizaciones : (aparte de operaciones)
 Enumere los motivos y fechas aproximadas.

RAYOS X de diagnóstico : Lista y dar fechas aproximadas.



Karelina Muguercia, MD
%\$%W. Kaley Street
 Orlando, Florida 32806
 Teléfono: (407)872-8491
 Fax: (407) 872-2454

HISTORIA FAMILIAR	Sexo	Viviendo		Fallecido	
		EDAD	SALUD	EDAD EN EL MOMENTO DE FALLECIMIENTO	CAUSA
Padre					
Madre					
Hermanos/Hermanas	M F				
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				
Esposo/Esposa					
Hijos/hijas	M F				
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Compruebe si cualquier pariente de sangre tiene o ha tenido alguna de las siguientes relaciones:

	Sí	No	Relación		Sí	No	Relación		Sí	No	Relación
Artritis				Bocio				Colapso nervioso			
Asma				Gota				Fiebre reumática			
Tendencia al sangrado				Fiebre del heno				Anemia de células falciformes			
Cancer				Ataque al corazón				Las úlceras de estómago			
Colitis				Presión Arterial Alta				Carrera			
Cardiopatía congénita				Pólipos intestinales				Suicidio			
Diabetes				Enfermedad renal				Tuberculosis			
Enfisema				Leucemia				Otros			
Epilepsia				Migraña							

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí ___ No ___
 Si la respuesta es sí, por favor lista los medicamentos y la reacción que tuvo para ellos:

POR FAVOR TRAIGA UNA LISTA DE LOS MEDICAMENTOS QUE USTED ESTÁ TOMANDO A CADA VISITA.

 Firma del paciente/tutor

 Fecha

Where family is the focus of our care.



Karelina Muguercia, MD
.....%\$%W. Kaley Street
Orlando, Florida 32806
Phone: (407) 872-8491
Fax: (407) 872-2454

RELEASE TO OBTAIN MEDICAL RECORDS

Patient's Name (PRINT) _____

Social Security Number _____ Date of Birth _____

I hereby authorize _____

Physician/Facility Name

Phone Number: _____ Fax Number: _____

To release information specified below from my medical records covering the dates of service between _____ and _____. **This medical information should be released to physician listed below:**

**KM FAMILY PHYSICIAN, LLC.
KARELINA MUGUERCIA, M.D.**

Check off items being released:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Most Recent Physical | <input type="checkbox"/> Immunizations | <input type="checkbox"/> Clinic Visit |
| <input type="checkbox"/> Consultation Reports | <input type="checkbox"/> Laboratory | <input type="checkbox"/> X-Ray |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

The patient's express authorization is required to release certain types of records, including alcohol and / or drug abuse treatment and information, HIV testing and treatment, and psychiatric treatment. To authorize release of this information, please read and sign the following:

I, _____, authorize the release of alcohol and /or drug abuse treatment and information. FL Statute 397.053 and 396.112 and the federal Alcohol and Drug Abuse Act protect confidentiality.
Patient's Signature

I, _____, authorize the release of HIV test results and /or HIV treatment information, AIDS and related conditions. Confidentiality is protected by FL Statute 381.609(2).
Patient's Signature

I, _____, authorize the release of psychiatric information. FL Statute 394.459(g) protects confidentiality.
Patient's Signature

In authorizing the release of the confidential information identified above, I hereby waive all restrictions or privileges imposed by law and release KM Family Physician, LLC, and its staff from any restrictions or privilege imposed by law in connection with the disclosure or release of any professional record, observation, or communication. I do understand that the information that is being released may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected. This authorization may be revoked writing at anytime, except that KM Family Physician., LLC has already taken action in reliance on it. Letters to revoke this authorization should be addressed to KM Family Physician, LLC, and 101 W. Kayley Ave., Orlando FL 32806. If not previously revoked in writing, this authorization will have not expiration date.

Signature of Patient/Authorized Representative

Relationship to Patient

Date

****Please fax Medical Record at (407) 872-2454****



Karelina Muguercia, MD
.....%\$%W. Kaley Street
Orlando, Florida 32806
Teléfono: (407) 872-8491
Fax: (407) 872-2454

HIPAA

Aviso de Privacidad Práctica a utilizar información de salud protegida

Este aviso describe cómo información médica del paciente se puede utilizar y divulgar.

Este aviso de privacidad es proporcionada a usted como un requisito de la ley federal del seguro de salud y Ley de Responsabilidad (HIPAA). Este Aviso de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su **Información Médica Protegida (PHI)** para llevar a cabo el tratamiento, **pago u operaciones del cuidado de la Salud (TPO)** y para los fines que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. Su "información protegida de salud" significa cualquier información escrita o oral de la salud del paciente incluyendo los datos demográficos se puede utilizar para identificar al paciente.

Con mi consentimiento, **KM Family Physician, LLC** puede llamar a mi casa o cualquier otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de la cita, los seguros y las llamadas relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados del laboratorio entre otros.

Con mi consentimiento, **KM Family Physician, LLC** puede enviar por correo a mi domicilio o de otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de las OPC, como recordatorio de la cita y el paciente las tarjetas las declaraciones, siempre que estén marcados como personal y confidencial.

Con mi consentimiento, **KM Family Physician, LLC** puede enviar correo electrónico a mi casa o en otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorio de la cita declaraciones tarjetas y paciente.

Tengo el derecho de pedir que **KM Family Physician, LLC**, restrinja los usuarios o revele mi PHI para realizar un TPO. Sin embargo, la práctica no requiere que este de acuerdo con mi pedido de restricciones, pero si lo hace, es obligado por el presente acuerdo.

Yo _____ autorizado **KM Family Physician, LLC**, para usar y divulgar información de salud protegida mia (PHI)
CON:(indicado nombre completo, relación y número de teléfono)

_____ Mi Auto sólo
_____ Los siguientes familiares o amigos: _____

_____ ME han recibido y se revisará la política de la práctica médica y estoy consiente que el KM Médico de la Familia, LLC para uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo las OPC. entiendo también las circunstancias en que **KM Family Physician, LLC** puede usar esta información. Tengo el derecho a no dar el consentimiento por escrito si no deseo información para otros fines que no sean este requisito legal. Si no me firmar este consentimiento, **KM Family Physician, LLC** puede negarse a proporcionar tratamiento a mí

Firma del paciente o Tutor Legal Nombre del Paciente

_____/_____/_____
Padre/Tutor Legal Nombre Paciente Fecha de Nacimiento Fecha de hoy



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

Con mi consentimiento, **KM Family Physician, LLC**, puede utilizar y divulgar información médica protegida (PHI) de mi para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la Salud (TPO). Consulte **KM Family Physician, LLC** Aviso de Prácticas de Privacidad para una descripción más completa de esos usos y revelaciones. Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. **KM Family Physician, LLC**, reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de Prácticas de Privacidad puede obtenerse mediante el reenvío de solicitud por escrito a:

KM Family Physician, LLC
Karelina Muguercia MD
101 W. Kaley Ave. , Ste. 300B Orlando FL 32806
Ph: 407.872.8491 Fax: 407.872.2454

Con mi consentimiento, **KM Family Physician, LLC** puede llamar a mi casa o cualquier otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de la cita, los seguros y las llamadas relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados del laboratorio entre otros.

Con mi consentimiento, **KM Family Physician, LLC** puede enviar por correo a mi domicilio o de otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de las OPC, como recordatorio de la cita y el paciente las tarjetas las declaraciones, siempre que estén marcados como personal y confidencial.

Con mi consentimiento, **KM Family Physician, LLC** puede enviar por correo electrónico o en otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorio de la cita declaraciones tarjetas y paciente.

Tengo el derecho de pedir que **KM Family Physician, LLC**, restrinja los usuarios o revele mi PHI para realizar un TPO. Sin embargo, la práctica no requiere que este acuerdo con mi pedido de restricciones, pero si lo hace, es obligado por el presente acuerdo.

Por favor, tenga en cuenta las formas de comunicación o cualquier persona con quien KM Family Physician, LLC.

NO PUEDE comunicar respecto información médica personal del paciente.

Puede comunicarse con información médica personal del paciente .

Al firmar este formulario, estoy consiente que **KM Family Physician, LLC** puede utilizar y divulgar de mi información médica protegida para llevar a cabo las OPC.

PUEDO revocar mi consentimiento por escrito salvo que la práctica ya ha hecho declaraciones en la dependencia de mi consentimiento previo. Si no me firmar este consentimiento, **KM Family Physician, LLC** puede negarse a proporcionar tratamiento a mí.

Firma del paciente o Tutor Legal

Nombre del Paciente

Padre/Tutor Legal Nombre

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

_____/_____/_____
Fecha



ACUERDO DE PAGO

Información del paciente :

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____

S. S. #: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Apartamento #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del seguro :

Nombre del Seguro: _____ Polica/ID #: _____

Teléfono: _____ Grupo #: _____ •

Este acuerdo de pago (el " **Acuerdo** ") entre KM Family Physician LLC (el " **Proveedor** ") y el paciente (el " **paciente** "), es a partir de _____ (la "Fecha efectiva").

Mientras que el paciente entiende que el proveedor no pudo verificar la información sobre su seguro médico enumerados anteriormente. Y,

MIENTRAS QUE, el proveedor , en un esfuerzo de buena fe, se ha comprometido a proporcionar servicios al paciente y a la compañía de seguros ley indicados anteriormente para el pago. Y,

MIENTRAS QUE, el paciente será responsable de cualquier saldo pendiente después de treinta (30) días a partir de la fecha se presta el servicio. Y,

MIENTRAS QUE, si el paciente se niega a pagar la reclamación dentro de los diez (10) días a partir de que Proveedor notifica a **paciente** verbalmente o por escrito, el proveedor presentará esta información a las agencias de crédito para su cobro. Y,

MIENTRAS QUE, en el caso de omisión de pago de cuenta del paciente, el paciente entiende y acepta que cualquier y todos los gastos de recogida, incluyendo agencia de cobro, honorarios razonables de los abogados, los gastos de la corte y todos los demás gastos de cobro de las deudas son responsabilidad del paciente.

MIENTRAS QUE, el proveedor puede retener una agencia de cobranza para manejar cuentas morosas. Las medidas jurídicas necesarias serán retenidos por cobrar esa deuda si se produce un incumplimiento. Las cuentas morosas se informa a la oficina de crédito.

POR LO TANTO, en consideración de lo anterior pactos y acuerdos mutuos establecidos en este documento, pactos y acuerdos, que constituyen una buena y valiosa consideración, la recepción y la suficiencia de la que se reconocen como tales en este documento, las partes acuerdan que el proveedor proporcionará servicios a **paciente y** en última instancia será responsable del pago de tales servicios.

Paciente/Tutor Legal Firma

Tutor Legal Nombre

Relación al paciente

Fecha: ____/____/____



POLÍTICA DE PAGO

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención primaria. Nos comprometemos a ofrecerle calidad y cuidado de salud asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas sobre seguro y del paciente responsabilidad por los servicios prestados, hemos sido avisados para desarrollar esta política de pago. Le rogamos que lo lea, por favor póngase en contacto con nosotros cualquier duda que usted pueda tener, y firmar en el espacio que se proporciona. Se le dará una copia de una petición.

1. Seguros. Participamos en la mayoría los planes de seguros, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan con las que hacemos negocios, el pago completo se espera en cada visita. Si usted está asegurado por un plan con las que hacemos negocios, pero no cuentan con una base actualizada de tarjeta de seguro, el pago de la totalidad de cada visita es necesaria hasta que se pueda verificar su cobertura. El conocimiento de sus beneficios del seguro es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que tenga con respecto a su cobertura.

2. Co-pagos y deducibles. Todos co-pagos y deducibles debe ser pagado en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Fracaso de nuestra parte para recoger co-pagos y deducibles de los pacientes puede considerarse como fraude. Por favor nos ayude en defensa de la ley de pago de su co-pago en cada visita.

3. No servicios cubiertos. Por favor, tenga en cuenta que algunas -y quizás en todos- de los servicios que usted recibe no podrá ser cubierto o no se consideran razonables o necesarias por Medicare o de otras entidades aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.

4. Prueba de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conductor válida y actual seguro para presentar prueba de su seguro. Si usted no nos brindan la correcta información sobre el seguro de forma oportuna, usted puede ser responsable por el saldo de una reclamación.

5. Envío de reclamaciones. Presentar sus solicitudes y ayudarle en cualquier forma en que razonablemente puede ayudar a obtener su siniestralidad. Su compañía de seguros puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Por favor, tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad si o no su compañía de seguros paga a su reclamación. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; que no son parte de ese contrato.

6. Cambios en la cobertura. Si su seguros cambian, por favor, avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios pertinentes para ayudar a recibir el máximo de beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamación en un plazo de 45 días, el saldo se facturarán automáticamente para usted.

7. No Pago. Si su cuenta es más de 90 días de vencimiento, usted recibirá una carta que indique que usted tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no será aceptada a menos que se indique lo contrario. Por favor tenga en cuenta que si un saldo impago, se puede consultar su cuenta a una agencia de cobros y usted y su familia inmediata puede ser dado de alta de esta práctica. Si esto se va a producir, se le notificará por correo ordinario y certificado que dispone de 30 días para encontrar otra atención médica. Durante ese período de 30 días, nuestro médico sólo será capaz de tratar sobre la base de una emergencia.

8. Citas perdidas. Nuestra política es la de cobrar por no cancelar las citas perdidas en un plazo razonable de tiempo. Estos cargos serán a su cargo y se facturará directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada regularmente.

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los habituales cargos para nuestra zona.

Gracias por comprender nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y se comprometen a respetar sus directrices:

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

