



Revisión de salud:(esta información pertenece solo al paciente)

Review of health: this information pertains to the patient only

Oído: *Pérdida de audición *Tinnitus (Ruido en oído) *Problemas de equilibrio *Mareado(vértigo)

Ears Hearing loss Noise in ear Balance problems Dizzy

*Impactación de cera - Wax impaction

Nariz: *Respiración dificultosa *Congestión *Infección recurrente *Goteo postnasal *Sangrado *Ronca

Nose Difficulty breathing Congestion recurrent infection post nasal drip Bleeding snore

Garganta: *Dificultad para tragar *Cambios de voz *sensación de masa *Tonsillitis *Piedras de la amígdala

Throat Difficulty Swallowing Voice Changes Sensation of Lump Amigdalitis Tonsil stones

Boca: *Respira por la boca *Mal aliento *Mal sabor *Lesión oral *lazo de lengua

Mouth Mouth breathing Bad Breath Bad Taste Oral lesion Tongue tie

Cuello: *Masa *Glándulas inflamadas *Dolor *Nódulos tiroideos

Neck Mass/Lump Swollen Glands Pain Thyroid nodules

Cabeza / Cara: *Dolores de cabeza persistentes *Dolor facial *Presión

Head/Face Persistent headaches Facial Pain Pressure

Ojos: *Pérdida/Cambio en la visión *Ardiente *Picazón *Descarga

Eyes Loss/Change in vision Burning Itchy Discharge

Corazón/Vascular: *Alta presión sanguínea *Enfermedad del corazón *Venas varicosas

Heart/ Vascular High Blood Pressure Heart disease Varicose Veins

Respiración: *Falta de aliento *sonido de silbido *Tos

Breathing Shortness of breath Wheezing Coughing

Estómago/Intestinal: *Náusea *Vomito *Diarrea *Dolor abdominal

Stomach/Intestinal Nausea Vomiting Diarrhea Abdominal Pain

Urinario / Riñones: *Incontinencia *Dolor al orinar *Piedra de riñón

Urinary /Kidneys Incontinence Pain with urination Kidney stones

Músculos / Huesos: *Artritis *Dolor *Hinchazón

Muscles/ Bones Arthritis Pain Swelling

Piel: *Excesiva sequedad *Descoloramiento *Erupción

Skin Excessive Dryness Discoloration Rash

Neurológico: *Accidente cerebrovascular *Dolor de cabeza *Pérdida del equilibrio *Debilidad

Neurological Stroke Headache Loss of balance Weakness

Salud mental: *Depresión *Ansiedad *Dificultad para dormir

Mental Health Depression Anxiety Difficulty Sleeping

Sangre / sistemas linfáticos: *Heridas no curativas *Sangrado excesivo

Blood/ Lymph systems Non- Healing Wounds Excessive Bleeding

Sistemas Endocrinos: *Aumento en la orina o *Sed *Palpitaciones *Ansiedad

Endocrine Systems Increased urination Or Thirst Palpitations Anxiety

Vacunas: (incluya fecha) Hepatitis A _____ Hepatitis B _____ Sarampión _____

Immunizations Measles

Tétanos _____ Neumonía _____ Varicela _____ Influenza _____ Rubéola _____

Tetanus Pneumonia varicella Rubella



Información del paciente (Patient Information)

Nombre del paciente: *Patient Name*

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Segundo nombre / Inicial:** _____
Last name First middle initial

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ **Edad:** ____ **M** ____ **F** ____ **Estado civil:** **S** ____ **C** ____ **D** ____ **B** ____

Date of birth Age Marital Status S M D W

Dirección: _____
Street address

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
City State Zip Code

Número de casa: (____) ____ - ____ **Celular:**(____) ____ - ____ **Trabajo:**(____) ____ - ____
Home Number Cell Work

Dirección de correo electrónico: _____ **Número social:** _____
Email Address Social Security Number

Método preferido para recibir información: *Preferred method of receiving information*

Número de *casa, *celular, *trabajo, *correo o *correo electrónico
Home cell work mail email

Raza: *Nativo americano/Alaska *Isleño asiático /del Pacífico *Negro / afroamericano *Blanco
Race Native American/Alaskan Asian /Pacific islander Black/African American White

*Negarse a contestar- *Decline to answer*

Etnicidad: *Hispano / Latino *No es hispano o latino *Negarse a contestar
Ethnicity Hispanic/ Latino Not Hispanic or Latino Decline to answer

Idioma: *Inglés *Español *Otro: _____
Language English Spanish Other

¿Como supiste de nosotros? *Por favor sea específico incluya el nombre estación de radio, sitio web o publicación*
How did you hear about us? Please be specific include the name of radio station, website or publication

Radio: _____ **internet:** _____ **Publicación impresa:** _____ **Seguro:** _____
Radio Internet search Print publication Insurance

Amigo/familia: _____ **Médico referido:** _____ **Otro:** _____
Friend/family Physician referred Other

Nombre del asegurado: *Name of Insured*

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Segundo nombre / Inicial:** _____
Last name First middle initial

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ **Edad:** ____ **M** ____ **F** ____ **Teléfono:**(____) ____ - ____
Date of birth Age phone

Dirección: _____
Street address

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
City State Zip Code

Nombre del plan de Seguro: _____ **Número de póliza:** _____
Insurance plan name Insurance policy number



Autorización y asignación de seguro *Insurance Authorization and assignment*

Por la presente autorizo a Florida Gulf Coast Ear, Nose and Throat LLC. para diagnosticar y tratarme. También autorizo a Florida Gulf Coast Ear, Nose and Throat LLC. para divulgar información médica o cualquier otra información a mi compañía de seguros y / o centros de servicios de medicare y medicaid o sus intermediarios o compañías de seguros, cualquier información necesaria para el pago de reclamaciones de medicare / compañía de seguros por los servicios prestados por Florida Gulf Coast Ear, Nose and Throat LLC. y o sus médicos. Permiso que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicito la asignación del pago de los beneficios del seguro médico a Florida Gulf Ear, Nose and Throat LLC. y o sus físicos. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar el tratamiento. (La Sección 1128B de la Ley de las SS y 31 U.S.C. 3801-3812 establece sanciones para la retención de esta información). También me han informado de mis derechos a la privacidad a través de carteles y folletos contenidos en esta oficina según lo dispuesto por las leyes federales actuales de HIPAA. También he recibido acuse de recibo y entendimiento de Florida Gulf Ear, Nose and Throat LLC. Política financiera y notificación al paciente para las políticas de pago del pagador para ciertos procedimientos en la oficina.

Firma del paciente / O Guardián

Signature of Patient / Guardian

Fecha *Date*

Política financiera- *Financial Policy*

***Nombre del paciente:** *Patient's name* _____

A medida que nuestra oficina se esfuerza por mantener a raya la costa de la atención al paciente, es importante que comprenda su responsabilidad financiera por su atención médica. Nuestra oficina realiza procedimientos "en la oficina" en los que su compañía de seguros puede considerar un procedimiento quirúrgico. En algunos casos, aplicarán los "beneficios para pacientes ambulatorios" en los cuales es posible que tenga que alcanzar un deducible o pagar un monto adicional de coseguro. **Por favor revise su libro de beneficios de seguro para información de cobertura.** Es importante que comprenda lo que cubre y no cubre su póliza de seguro. La póliza de seguro de cada paciente es diferente y, debido a esto, es imposible que nuestro personal conozca los detalles de cada póliza de seguro. Es su responsabilidad comprender su cobertura, beneficio y responsabilidades financieras. Si tiene preguntas sobre su seguro, llame al departamento de servicios para miembros que figura en su tarjeta de seguro.

Pacientes de atención administrada: Es su responsabilidad obtener todas las referencias y / o autorizaciones necesarias de su médico de atención primaria. Usted será responsable de todos los servicios si el seguro es denegado sin autorización. Todos los copagos se deben en el momento del servicio.

Pacientes de seguros comerciales: Archivaremos sus servicios médicos a su compañía de seguros por usted. Como cortesía, también presentaremos cualquier póliza de seguro secundario que pueda tener. Sin embargo, usted es completamente responsable de todos los cargos incurridos, especialmente los cargos denegados como no cubiertos por su compañía de seguros. Su seguro puede tener su propio "Usual, Customary, Reasonable (UCR)" programa de tarifas.

Pacientes que pagan por cuenta propia: Usted es responsable del pago del servicio el día que lo atienden. Se cobrará un depósito de \$ 500 al momento del registro.

Pacientes de Medicare: Estamos participando con Medicare. Le facturaremos a Medicare por usted. Tenga en cuenta que la ley federal nos exige que cobremos sus montos anuales de deducible y coseguro. Si tiene un seguro secundario, le facturaremos a su seguro secundario después de que Medicare pague. No fijamos tarifas con medicare.

Pacientes asistidos por el estado: Participamos con los programas de Florida State Medicare y facturaremos a Medicare. Los beneficios de Medicaid son válidos de mes a mes; por lo tanto, será necesario presentarnos su certificación médica cada mes. Recogeremos todos los copagos en el momento del servicio. Tenga en cuenta que, si hay un lapso en su cobertura mensual de Medicaid (no es elegible para los beneficios de Medicaid), se lo considerará un paciente que paga por cuenta propia.

Tarifa por no asistir: Las cancelaciones deben recibirse 48 horas antes de su cita programada o se cobrará una tarifa de \$ 25.00 por no presentarse. Si no se presenta a su examen de audición y visita al consultorio, tendrá un cargo de \$ 50.00. Si no se presenta para las pruebas de alergia, la evaluación de mareos y los procedimientos de oficina, se le cobrará una tarifa de \$ 100.00. Gracias por su consideración.

Política de pago: Todos los copagos, montos de coseguro, deducibles y / u otro saldo adeudado del paciente deben pagarse en su totalidad al momento de su visita. La falta de pago en su cuenta resultará **en su despido de la práctica** y su cuenta será entregada a una agencia de cobranza externa para el pago. Usted será responsable de cualquier cobro adicional o honorarios legales incurridos.

Reportamos las cuentas impagas a la agencia de crédito. Tenga en cuenta que tenemos un cargo por cheque devuelto de \$ 30.00 en todos los cheques que nos devuelvan de su banco por fondos no suficientes que se cargarán a su cuenta de paciente y responsables de pagar.

Registros médicos: Sus registros médicos son propiedad de Florida Gulf Coast Ear, Nose and Throat LLC. Usted tiene derecho a copias de su registro médico. Se cobra una tarifa de \$ 1.00 por página por el costo del procesamiento. Si necesita que sus registros se transfieran a otro proveedor, se debe completar la divulgación de los registros médicos con la práctica.

Firma del Paciente/O Guardián –

Signature of Patient /Guardian

Fecha- Date



Confidencialidad del paciente- Patient Confidentiality

Florida Gulf Coast Ear, Nose and Throat LLC. Sigue las pautas de **HIPAA** para garantizar la integridad de su privacidad. Necesitamos su ayuda para garantizar su privacidad al proporcionarnos la siguiente información. Podemos dejar un mensaje detallado con respecto a su atención médica en su correo de voz: **SI** (yes)_____ **NO** (no)_____ *May we leave a detailed message regarding your healthcare on your VM*

En el caso de que yo, _____ No me pueda contactar personalmente, Florida Gulf Coast Ear, Nose and Throat LLC. Puede dejar el resultado de la prueba de hormiga, información de designación u otra información confidencial médica o financiera a las siguientes personas designadas:

Nombre (Name)	Relación con el paciente (Relationship to patient)	Fecha de nacimiento (Date of birth)	Teléfono de contacto (Contact phone)

La divulgación de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a cualquier persona que no sea el paciente o el padre / madre / tutor legal estará restringida a las personas mencionadas anteriormente o a las personas mencionadas en el Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del Paciente/Firma del Guardián -Signature of Patient / Guardian

Fecha date

E- Consentimiento de Prescripción -E- Prescribing Consent

E-Prescribing se define como la capacidad de un médico para enviar electrónicamente una receta precisa, sin errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. e Prescribir reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró las normas que deben incluirse en los programas de receta electrónica. Éstas incluyen:

Formulario y transacciones de beneficios: Le da al recetador información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.

Transacción de historial de medicamentos: Proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar el número de eventos adversos de medicamentos.

Rellenar notificación de estado: Permite al recetador recibir un aviso electrónico de la farmacia que le informa si la receta del paciente se ha recogido, no se ha recogido o se ha llenado parcialmente.

Al firmar este consentimiento, usted acepta que la Florida Gulf Coast Ear, Nose and Throat LLC. puede solicitar y usar su historial de medicamentos de otros proveedores de atención médica y/ o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente proporciono información de consentimiento a Florida Gulf Coast Ear, Nose and Throat LLC. para inscribirme en el programa de e-prescribe.

Nombre del paciente Patient name _____

Firma del Paciente/O Guardián Signature of Patient /Guardian _____



Autorización para realizar trámite *Authorization to perform procedure*

Nombre del paciente *patient name* _____

Un paciente que se presente a nuestra oficina con cualquier queja relacionada con el oído, la nariz o la garganta requiere un examen completo. En muchos casos, esto solo se puede lograr mediante el uso de un procedimiento de diagnóstico o de oficina. Estos son esencialmente indoloros y generalmente se pueden lograr rápidamente. Se le enviará una tarifa de procedimiento a su aseguradora por este procedimiento. En la mayoría de los casos, aceptaremos la asignación de su compañía de seguros para este procedimiento.

Usted estará obligado a pagar cualquier deducible, copago o coseguro que se aplique a la reclamación. Tenga en cuenta que algunas compañías de seguros pueden incluir estos procedimientos de diagnóstico como "cirugía" en el formulario de envío de seguro que recibe.

Estos procedimientos aseguran que usted tenga la evaluación más completa y, si su médico lo recomienda y lo considera médicamente necesario para evaluar completamente o posiblemente tratar su queja actual. Al rechazar cualquier prueba de diagnóstico, procedimiento o evaluación recomendada por su médico, usted reconoce que se está poniendo en riesgo de perder una condición médica potencialmente grave. Cualquier rechazo se anotará en sus registros médicos permanentes. Firme a continuación para reconocer que ha leído lo anterior y acepta someterse al procedimiento si su médico lo considera necesario en cualquier visita.

El procedimiento de oficina más común incluye, entre otros, los siguientes:

- Endoscopia Nasal 31231
- Laringoscopia Flexible 31575
- Nasofaringoscopia 92511
- Desbridamiento Nasal 31237
- Microscopía Binocular 92504
- Remocion De Cera 69210

Firma del Paciente/O Guardián

Signature of Patient / Guardian

Fecha *Date*

Testigo *witness*