

Consentimiento Para Tratamiento

Nombre del paciente (impreso): _____

Fecha de nacimiento: _____

- Yo, voluntariamente doy el consentimiento de recibir cuidado y tratamiento médico por el proveedor y/o personal médico de Central Florida Rheumatology Consultants.
- Yo, comprendo que esto puede incluir procedimientos diagnósticos de rutina, examen físico, y tratamiento médico que pueden incluir servicios de emergencia, según el proveedor médico entienda sea necesario.
- Yo, comprendo que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han prometido garantías de los resultados de mi tratamiento o examen médico.
- Yo, comprendo que tengo el derecho de negar cualquier servicio o tratamiento en la medida que lo permita la ley y que es mi responsabilidad hacer preguntas si yo no entiendo alguna información o instrucciones que se me han provisto.

Firmando a continuación estoy de acuerdo con los términos anteriores.

Firma del paciente: _____ Fecha : _____

Acuse de recibo de aviso de prácticas de privacidad

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Se requiere que le proporcionemos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que indica cómo podemos usar y/o divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario para reconocer que recibió el aviso. Puede negarse a firmar este acuse de recibo si lo desea.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina

Hemos hecho todo lo posible para obtener un reconocimiento por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad de este paciente, pero no se pudo obtener este formulario porque:

- El paciente se negó a firmar.
- Debido a una situación de emergencia, no fue posible obtener la firma en acuse de recibo.
- No pudimos comunicarnos con el paciente.
- Otro (Por favor, proporcione detalles específicos) _____

Firma del Empleado: _____ Fecha : _____

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Este formulario no constituye asesoría legal y cubre solo la ley federal, no la estatal.

Acuerdo de Aviso de Cancelación

Por favor, tenga en cuenta que nuestra oficina requiere que usted notifique con por lo menos 24-horas antes la cancelación o reprogramación de las citas de rutina.

Si usted no llama con previo aviso, se le cobrará una tarifa de \$ 50.00 si usted no asiste a su cita.

Firmando a continuación, Acepto que soy financieramente responsable de cualquier cargo incurrido por citas no asistidas que no se cancelaron dentro del tiempo requerido. Cualquier emergencia con verificación recibirá un ajuste de cortesía por una única vez.

Nombre paciente (impreso)

Fecha de nacimiento

Nombre paciente (Firma)

Fecha

Solicitud de Liberación de Registros

De/A:

Médico Primario: _____

Otro: _____

Yo, _____, por la presente solicito que se liberen mis registros médicos a/de:

Central Florida Rheumatology Consultants, LLC
915 Harley Strickland Blvd
Orange City, FL 32763
Phone: (386) 561-9967
Fax: (844) 815-1446

Esto incluye un informe de mi diagnóstico, tratamiento, pronóstico y recomendaciones, así como cualquier otro dato pertinente a su tratamiento de mí. Solicito que se envíen TODOS mis registros, a menos que se indiquen fechas o pruebas específicas a continuación. Gracias.

- Liberar registros solo para el siguiente período:

Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___ o Presente

- Sólo se publicarán registros para las siguientes pruebas/informes: (Por favor incluya fechas)

Laboratorios _____ Tomografías computarizadas _____
 Rayos X _____ Última nota de visita _____
 Resonancia Magnética _____ Otro: _____

REASON FOR REQUEST:

Fecha de Solicitud: _____

___ Continuidad de la atención médica/tratamiento ___ A petición del individuo, por favor incluya toda la información sensible.

Nombre impreso del paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de teléfono del paciente: _____

Entiendo y doy mi permiso para que mis registros sean enviados por facsímil (máquina de fax).

Firma del paciente: _____ Fecha de enviado: ___/___/___

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida a Miembros de la familia/tutor legal

Nombre Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Authorization

Yo, autorizó a Central Florida Rheumatology Consultants y a sus representantes divulgar mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre(s) de los miembros de la familia(s):

2. Tipo de información

(Iniciar junto a cada tipo de información que autoriza a divulgar)

____ Información médica general (diagnostico/tratamiento médico)

____ Reporte de laboratorios

____ Información de facturación y seguro

____ Citas y programación de citas

____ Dejar mensajes de voz para los miembros de la familia con PHI si así lo solicitan.

____ Otro: _____

3. Vencimiento de la autorización

Esta autorización es valida:

Hasta que se revoque por escrito

Hasta la siguiente fecha o evento: _____

4. Derecho de revocación

Yo, comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento con una solicitud por escrito a Central Florida Rheumatology Consultants. La revocación no se aplicará a la información ya divulgada en virtud de esta autorización.

5. Reconocimiento y firma

Yo comprendo que:

- No estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA.
- Tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información que se va a divulgar.
-

Firma del paciente o representante legal: _____

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente (if applicable): _____

Fecha: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO

Autorización de HIPAA para la divulgación de información
Este formulario no constituye asesoramiento legal y cubre solo las leyes federales, no estatales.

NUEVO FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE

Demografía:

Fecha de la cita: _____ / _____ / _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____
Calle Cuidad Estado Código postal

Teléfono móvil: _____ Mejor número de contacto: _____

Correo electrónico: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Ocupación (si está jubilado, ocupación anterior): _____

Estado Civil (circule): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Origen (circule): Caucásico (blanco) Hispano Afroamericano(a) asiático(a) Otro: _____

Médico Primario: _____

Razones o preocupaciones que llevan al referido para Rheumatología _____

Social History:

¿Fumas actualmente? _____ Has fumado anteriormente? _____

Si es así, ¿cuántos años has fumado? _____ Cuantos paquetes al día? _____

¿Inhieres bebidas alcohólicas? _____ Si es así, ¿Cuántas veces a la semana? _____

¿Usas alguna droga recreativa (que no te haya sido prescrita)?: _____

Si es así, por favor escriba el nombre: _____

¿Haces ejercicio regularmente? _____ si es así, ¿qué tipo de ejercicio? _____

Alergias a medicamentos: Por favor, enumere cualquier alergia a medicamentos y el tipo de reacción a ese medicamento.

Historia Médica: Por favor, circule si le han diagnosticado con alguno de los siguientes:

Diabetes Psoriasis Artritis reumatoide Lupus Accidente cerebrovascular Enfermedad renal

Colitis ulcerosa Enfermedad de Crohn Enfisema Pulmonar Asma Enfermedad del corazón

Presión alta Hepatitis Tuberculosis Enfermedad de obstrucción pulmonar crónica (COPD)

Hiperlipidemia Diverticulitis Otra: _____

¿Alguna otra enfermedad autoinmune? _____

¿Cáncer previo? _____ Si es así, ¿qué tipo? _____ ¿Qué año? _____

¿Si tuvo cáncer previo, describa el tratamiento? _____

¿Ha tenido fractura anterior? _____ Si es así, describe (incluye tratamiento): _____

Historial Familiar: ¿Algún familiar de sangre tiene antecedentes de lo siguiente:
(Por favor, indique la relación con usted si es así)

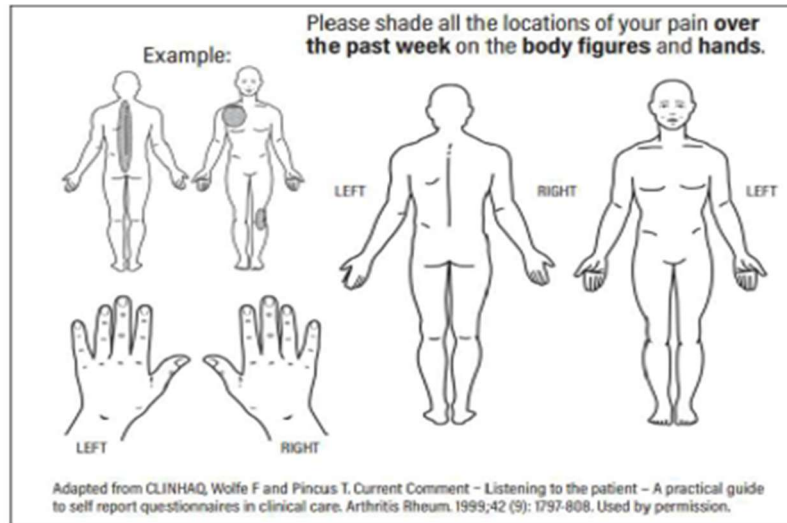
Psoriasis? _____ Lupus (SLE)? _____

Artritis reumatoide? _____ Espondilitis Anquilosante? _____

Gota? _____ Osteoporosis? _____

¿Hay algún otro historial familiar del que deberíamos estar al tanto? _____

If applicable, please indicate areas of pain on the diagram below:



Revisión de Sistemas: Por favor, revise la siguiente lista. Circule cualquier síntoma que esté experimentando.

Constitucional: Pérdida de peso Aumento de peso Fatiga Fiebre Sudores nocturnos

Ojos: Dolor Enrojecimiento Sequedad

Oído-Nariz-Garganta: Sangrado nasal Llagas en la boca Sequedad bucal Dificultad para tragar

Respiratorio: Dificultad para respirar Tos

Gastrointestinal: Náuseas Vómitos Diarrea persistente Acidez estomacal

Genitourinaria: Sangre en la orina

Musculoesquelética: Rigidez matutina (¿cuánto tiempo? ____mins ____hrs) Dolor articular
Hinchazón articular Debilidad muscular Sensibilidad muscular

Piel: Moretones fáciles Erupción Sensibilidad al sol Pérdida de cabello Cambio de color en manos/pies

Sistema neurológico: Dolor de cabeza

Hematológico/Linfático: Glandulas inflamadas Anemia

SOLO MUJERES: ¿Número de embarazos? _____ ¿Número de abortos? _____

Pruebas de VIH: La CDC recomienda las pruebas de VIH para todos los pacientes al menos una vez en su vida.

Como parte de una iniciativa de salud pública, Central Florida Rheumatology Consultants se ha asociado con Central Florida Health Care Services (CFHCS) para proporcionar pruebas de VIH a todos los pacientes sin costo alguno. CFHCS es una organización sin fines de lucro que está trabajando con el Departamento de Salud de Florida para proporcionar servicios de detección a todos los pacientes que deseen someterse a pruebas o recibir asesoramiento sobre el riesgo y la prevención del VIH. Si está interesado en estos servicios, por favor responda las preguntas a continuación.

Sus respuestas a estas preguntas, como toda la información de salud protegida (PHI), son confidenciales. Si responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, CFHCS le proporcionará recursos gratuitos para pruebas, asesoramiento y servicios de prevención, incluyendo pruebas de VIH gratuitas.

Opción: Rechazar responder todo

1. Have you previously been tested for HIV? Si No
2. ¿Está en riesgo de contraer VIH o hepatitis a través de exposiciones sanguíneas o actividades sexuales? Si No Negarse a responder
3. ¿Le gustaría recibir pruebas gratuitas de VIH? Si No Negarse a responder
4. ¿Le gustaría recibir asesoramiento y terapia preventiva para el VIH sin costo alguno? Si No Negarse a responder

MEDICAMENTOS ANTERIORES DE REUMATOLOGÍA

Por favor, revise esta lista de medicamentos de Reumatología. Anote con la mayor precisión posible los medicamentos que ha tomado, cuánto tiempo estuvo en el medicamento, los resultados de tomar el medicamento y enumere cualquier reacción que pueda haber tenido. **Si no ha sido diagnosticado anteriormente con un trastorno autoinmune, osteoporosis o gota, puede omitir este formulario.**

Tratamiento para Enfermedades Autoinmunes: (OMITIR SI NO APLICA)

Nombre del medicamento:	IV, inyección, oral	¿Ayudó la medicación? (sí/no)	¿Por qué la detuviste?	Reacciones, si alguna
Cimzia (certolizumab Pegol)				
Simponi (golimumab)				
Plaquenil (hydroxychloroquine)				
Methotrexate				
Imuran (azathioprine)				
Sulfasalazine				

Cytosan (cyclophosphamide)				
Enbrel (etanercept)				
Remicade (infliximab)				
Actemra (tocilizumab)				
Taltz (ixekizumab)				
Cosentyx (secukinumab)				
Otezla (apremilast)				
CellCept (mycophenolate)				
Arava (leflunomide)				
Humira (adalimumab)				
Xeljanz (tofacitinib)				
Rituxan (rituximab)				
Orencia (abatacept)				
Rinvoq (upadacitinib)				
Olumiant (baricitinib)				
Kevzara (sarilumab)				
Saphnelo (anifrolumab-fnia)				
Benlysta (belimumab)				
Tremfya (guselkumab)				
Skyrizi (risankizumab-rzaa)				
Bimzelx (bimekizumab-bkzx)				

Tratamiento para la Osteoporosis: (SALTAR SI NO APLICA)

Nombre del medicamento:	IV, inyección, oral	¿Por qué la detuviste?	Reacciones, si alguna
Estrogen			
Fosamax (alendronate)			
Evista (raloxifene)			
Calcitonin			
Actonel (risedronate)			
Prolia (denosumab)			
Forteo (teriparatide)			
Evenity (romosozumab-aqqg)			
Tymlos (abaloparatide)			

Tratamiento para la Gota: (SALTAR SI NO APLICA)

Nombre del medicamento:	¿Ayudó la medicación? (sí/no)	¿Por qué la detuviste?	Reacciones, si alguna
Benemid (probenecid)			
Colcrys (Colchicine)			
Allopurinol			
Uloric (Febuxostat)			
Krystexxa (pegloticase)			