



Formulario de Registro

Letra de molde

Información del Paciente

Nombre: (Apellidos, Nombre, Inicial)			Fecha de Nacimiento:	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Identidad de Género:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Dirección residencial:		Ciudad, Estado, Código Postal:		
Dirección postal <i>si varia</i> :				
Teléfono residencial:	Celular:	Teléfono de empleo:	Preferencia de Contacto: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo	
Numero de Licencia:		Seguro Social (<i>se necesita para solicitar récords médicos y facturación de plan médico</i>):		
Ocupación/Empleador:			Número de Empleador:	
¿Cómo escucho sobre nosotros?				
<input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Plan Medico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo				
<input type="checkbox"/> En línea: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____				

Información de Plan Medico

Individuo Responsable		
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Número telefónico:
Dirección <i>si varia</i> :		
Seguro Primario		
Nombre:	Dirección:	
Subscriber		
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el subscriber: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro
Numero de póliza:	Numero de Grupo:	

Contacto de Emergencia (*que no viva con usted*)

Nombre:	Número telefónico:	Parentesco:
---------	--------------------	-------------

La información provista arriba es correcta. Autorizo que los beneficios del plan sean pagados directamente al médico/proveedor. Entiendo que soy responsable por cualquier balance. Autorizo a que Harris Internal Medicine o mi compañía de seguro médico liberen la información requerida para procesar mis reclamaciones.

Firma del paciente o representante

Fecha

Harris Internal Medicine

Thomas D. Harris, M.D., P.A.

5900 Turkey Lake Road, Suite A, Orlando, FL 32819

Teléfono: 407.351.9696 Fax: 407.351.8848

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Este aviso es para describir como información médica acerca de usted puede ser utilizada y revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise con atención.

Usted tiene derecho a:

Obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico. Puede solicitar obtener o ver una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia del resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. *Cobramos un precio razonable, basado en el costo.*

Pedir que se corrija su registro médico. Puede solicitarnos que corrijamos su información médica que considere incorrecta o incompleta. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos. Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso afectaría su atención.

Obtener una copia de este aviso de privacidad. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe por usted. Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si considera que se violan sus derechos. Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con el gerente de la oficina en persona o por teléfono. También puede expresar sus inquietudes al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Llamando al 877-696-6775.

Usos y Divulgaciones:

Tratamiento. Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales de la salud que lo están tratando.

Dirigir nuestra organización. Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Facturación por servicios. Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.

Requerido. Podemos compartir su información médica según sea necesario para obtener ayuda con temas de salud pública y seguridad. Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen.

Al firmar a continuación, reconozco que he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de prácticas de privacidad de Harris Internal Medicine.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Derecho de revocación: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento mediante la notificación por escrito de su revocación presentada al Gerente de Práctica. Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hallamos tomado antes de recibir su revocación. Podemos rechazar su tratamiento o continuar su tratamiento si revoca este consentimiento.

Me niego a dar consentimiento a las Practicas de Privacidad de Harris Internal Medicine. Tuve la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Practicas de Privacidad de Harris Internal Medicine. Entiendo que negarme a firmar no previene que el proveedor o plan médico utilice o divulgue mi información médica si así las leyes HIPAA lo permiten.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Harris Internal Medicine

Thomas D. Harris, M.D., P.A.

5900 Turkey Lake Road, Suite A, Orlando, FL 32819

Teléfono: 407.351.9696 Fax: 407.351.8848

POLITICA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Los medicamentos de sustancias controladas (es decir, narcóticos, tranquilizantes y barbitúricos) tienen un alto potencial de uso indebido y, por lo tanto, están estrechamente controlados por los gobiernos locales, estatales y federales. Incluso si no se le ha recetado actualmente una sustancia controlada, este formulario debe estar firmado, reconociendo que está al tanto de la política de sustancias controladas en nuestra oficina.

1. Soy responsable de los medicamentos de sustancias controladas que se me recetaron. Si mi receta se pierde, se extravía o se la roban, o si "se me acaba pronto", entiendo que no se reemplazará.
2. Recargas de medicamentos controlados:
 - a. Se realizará solo durante el horario regular de oficina de lunes a viernes, en persona, una vez al mes, durante una visita programada en la oficina. Los reabastecimientos NO se harán por la noche, los fines de semana o durante los días festivos.
 - b. NO se realizará si "se me acabo antes" o "perdí la receta" o "derrame o extravíe mi medicamento". Soy responsable de tomar el medicamento en la dosis recetada y de mantener un registro de la cantidad restante.
 - c. NO se realizará si no estoy tomando los medicamentos según lo prescrito.
3. Entiendo que mi medicamento será suspendido si recibo el medicamento recetado de un médico y/o clínica diferente.
4. Entiendo que cualquier tratamiento con sustancias controladas se basa únicamente en la discreción de mi proveedor médico. Mi médico puede necesitar que vea a un especialista en el uso de medicamentos en cualquier momento mientras recibo medicamentos de sustancias controladas. Entiendo que, si no asisto a una cita de este tipo, mis medicamentos pueden suspenderse o no volver a llenarse más allá de una dosis gradual hasta su finalización. Entiendo que si mi proveedor médico siente que estoy en riesgo de dependencia psicológica (adicción); mis medicamentos ya no serán rellenados.
5. Estoy de acuerdo en cumplir con las pruebas aleatorias de orina, sangre o respiración, documentando el uso correcto de mis medicamentos y confirmando el cumplimiento. Entiendo que conducir un vehículo motorizado puede no estar permitido mientras tomo medicamentos de sustancias controladas y que es mi responsabilidad cumplir con las leyes del estado mientras tomo los medicamentos recetados.
6. Entiendo que, si violo cualquiera de las condiciones anteriores, mi receta para medicamentos de sustancias controladas puede terminarse de inmediato. Si la violación implica obtener medicamentos de sustancias controladas de otra persona, o el uso concomitante de drogas ilícitas (ilegales) no recetadas, también se le puede informar a todos mis médicos, centros médicos y las autoridades correspondientes.
8. Entiendo, acepto y acepto que puede haber riesgos desconocidos asociados con el uso a largo plazo de sustancias controladas y que mi médico me informará sobre cualquier avance en este campo y realizará los cambios de tratamiento según sea necesario.

A partir del 1 de julio de 2018, nuestra oficina ya no emitirá recetas de medicamentos opioides. Será referido a un especialista en uso de medicamentos para estos medicamentos.

Nombre en letra molde

Fecha

Firma del paciente o representante

Harris Internal Medicine

Thomas D. Harris, M.D., P.A.

5900 Turkey Lake Road, Suite A, Orlando, FL 32819

Teléfono: 407.351.9696 Fax: 407.351.8848

Financial Policy

Información demográfica y de seguros del paciente

Es fundamental que tengamos información demográfica (personal) correcta sobre usted y sobre su cobertura de seguro de salud para que podamos facturar con precisión los servicios que le brindamos. Esta información incluye:

- Su nombre completo, dirección y número de teléfono;
- El nombre de su compañía de seguros, el grupo y el número de suscriptor u otros números de identificación;
- Dirección y número de teléfono de presentación de reclamaciones de su compañía de seguros;
- Una copia de su tarjeta de seguro, que también muestra información importante sobre su plan

En cada visita verificaremos su información demográfica y de seguros.

Pacientes con cobertura de seguro

Participamos con la mayoría de los planes de seguro comercial y Medicare. Es su responsabilidad proporcionarnos la información de seguro más actualizada en el momento del servicio. De lo contrario, el seguro puede que rechace pagar su visita y usted recibirá una factura por todos los servicios prestados. Tenga en cuenta que es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro antes de su visita.

Verificación de elegibilidad

Verificaremos su cobertura de seguro en el momento en que se programe su visita. Si su cobertura de seguro cambia después de programar su cita, notifíquenos lo antes posible, antes de su visita. Si no podemos confirmar la cobertura activa, se lo considerará "pago por cuenta propia".

Pago de copagos y deducibles

Todos los pagos se deben en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago en el momento de su visita, nos complacerá reprogramar la visita para otra fecha. Los deducibles son la cantidad de dinero que debe pagar de su bolsillo antes de que su seguro pague. Si no ha alcanzado su deducible, su compañía de seguros procesará la reclamación de su deducible, pero no nos hará ningún pago y usted será responsable del pago de la cantidad contractual aprobada por su plan. El monto deducible mínimo cobrado al momento del servicio es de \$ 57, cualquier monto adicional se le facturará.

Pacientes sin seguro / con pago propio

El pago con descuento para una visita de paciente nuevo con pago por cuenta propia (excluyendo procedimientos de laboratorio y pruebas de laboratorio) es de \$ 130.00 para pacientes nuevos, y para una visita de seguimiento de pacientes con pago por cuenta propia (pacientes establecidos) es de \$ 90.00, que debe pagarse en su totalidad en el momento del servicio. Cualquier procedimiento ordenado en la visita es adicional y se debe realizar al momento del servicio.

Descuentos de laboratorio para pacientes que pagan por su cuenta

Para los pacientes sin seguro que optan por realizar el pago en el momento del servicio, ofrecemos un descuento de laboratorio (análisis de sangre) de "pago inmediato". Este descuento se aplica solo a pacientes sin seguro, es solo para los servicios prestados en nuestra oficina y solo está disponible si la cantidad con descuento se paga en su totalidad al momento de la visita al consultorio o la prueba de diagnóstico.

Servicios no cubiertos

Nuestros proveedores siguen las normas actuales de atención de medicina interna y las pautas de uso apropiado para ordenar pruebas de diagnóstico o procedimientos como parte de su atención. Tenga en cuenta que algunas de las pruebas o procedimientos de diagnóstico recomendados para usted por nuestros proveedores pueden determinarse como no cubiertos o pueden considerarse "no necesarios desde el punto de vista médico" según los beneficios proporcionados por su plan de seguro específico. Usted será financieramente responsable por los costos de los servicios no cubiertos y los servicios que su compañía de seguros se niega a cubrir como "no médicamente necesarios".

Comprenda que incluso para los planes de seguro con los que participamos, los beneficios cubiertos pueden variar de un plan de una persona o de un empleador a otro, y es imposible para nosotros saber qué está cubierto en cada plan. Usted es responsable de conocer los beneficios cubiertos y no cubiertos disponibles en su plan. Si tiene preguntas, comuníquese directamente con el departamento de personal de su empleador o con su plan.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las políticas financieras anteriores. Entiendo que soy responsable de asegurarme que las obligaciones financieras de mi cuidado de salud se cumplan lo más pronto posible.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del paciente o representante

Para obtener una copia completa de nuestras Políticas y procedimientos de la oficina, consulte al personal de recepción.

Harris Internal Medicine

Thomas D. Harris, M.D., P.A.

5900 Turkey Lake Road, Suite A, Orlando, FL 32819

Teléfono: 407.351.9696 Fax: 407.351.8848

Política de Tarifa de Laboratorio

Hay una tarifa de laboratorio en la oficina de \$ 20 para personas sin cita. Como conveniencia, ofrecemos servicios de laboratorio fuera de las visitas programadas regularmente. Sin embargo, cuando se realiza fuera de una visita, esto no está cubierto ni es facturable a su seguro. Si no desea participar en esta tarifa, se le entregará un formulario de laboratorio para que pueda realizar sus estudios en un establecimiento participante, como Quest o LabCorp. Los pacientes de Medicare NO están sujetos a esta tarifa.

Política de Ausencia

Se cobrará una tarifa de \$ 35 por no presentarse a su cita y que no se cancele con al menos 24 horas de anticipación. Las citas no canceladas con al menos 24 horas de anticipación se consideran "no-show". Un patrón frecuente de "no show" hace que sea imposible para nuestros proveedores proporcionar una continuidad de atención adecuada y puede resultar en el alta de un paciente de nuestra atención. Entendemos que las circunstancias personales a veces hacen que sea necesario que cancele su visita al consultorio, sin embargo, notifiquenos tan pronto sepa que no podrá asistir a su cita.

Tarifa de Formularios

Si su proveedor puede completar un breve formulario durante una visita programada, no hay cargo adicional. Sin embargo, si el formulario es largo o complicado, y requerirá un tiempo adicional fuera de la visita programada para completarse, o si no va a visitar la oficina para una visita programada, habrá un cargo de \$ 50.00, pagadero por adelantado, para completar cada formulario. Comprenda que completar estos formularios requiere tiempo de nuestros proveedores y personal para garantizar que se completen con precisión. También pueden pasar varios días antes de que el formulario esté disponible para que lo recojan si su proveedor no está disponible para completar y/o firmar en el momento de su solicitud, por lo tanto, haga su petición con un tiempo suficiente antes de que sea necesario. Completar la mayoría de los formularios requiere una visita al consultorio.

Código de Conducta

Nuestra oficina tiene una política de cero tolerancias para el comportamiento agresivo de cualquier tipo, incluyendo; físico, lenguaje amenazador, maldiciendo, y gritado. Esto se aplica a las personas en la oficina y por teléfono. Nuestra política es siempre tratar a las personas con respeto y profesionalismo. Nuestro objetivo es proporcionar un entorno de seguridad y confianza para los pacientes y el personal. Agradecemos su cooperación con esta política.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y acepto todas las políticas anteriores.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del paciente o representante

Harris Internal Medicine

Thomas D. Harris, M.D., P.A.

5900 Turkey Lake Road, Suite A, Orlando, FL 32819

Teléfono: 407.351.9696 Fax: 407.351.8848

Autorización para Divulgar Información Médica Protegida

Complete este formulario para que su información médica sea compartida con individuos autorizados tales como familiares o amigos. Sin la autorización a continuación su información médica no será compartida a menos que las directrices HIPAA así lo permitan.

Yo, _____, autorizo a Harris Internal Medicine a comunicar y revelar
Nombre
mi información médica protegida a quien se describe a continuación:

Nombre:

Numero de contacto:

Parentesco:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información médica a ser revelada de ser solicitada por la persona anteriormente mencionada (Seleccione A o B):

A. **Revelar mi récord medico completo** (incluyendo, pero no limitado a diagnósticos, resultados, pronósticos, tratamiento y facturaciones, para todas las condiciones)

B. Revelar mi récord medico como descrito en A, **PERO no incluir lo siguiente** (marca las apropiadas):

- Récorde de salud mental
- Enfermedades contagiosas (incluyendo HIV/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual)
- Tratamientos de Abuso de Alcohol/Droga
- Otro (por favor especifique):

Esta autorización será efectiva hasta:

Siempre (pasado, presente y futuro)

Fecha o evento: _____, a menos que yo lo revoque.

Esta autorización puede ser anulada en cualquier momento notificando a la oficina por escrito.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del paciente

Fecha