



PATIENT REGISTRATION FORM / FORMULARIO DEMOGRAFICO DEL PACIENTE

Today's Date: [fecha]		Email Address: (correo electronico)			
PATIENT INFORMATION					
Patient's last name: Nombre Del Paciente 1. [Last Name] Apellido(s)			First: [First Name] Nombre	Initial:	Marital status: Estado Civil D/M/P/S/W/LS
Address: Direccion		Birth date: Fecha De Nacimiento	Age: Edad	Sexo M ___ F ___	
Social Security no.: Numero De Seguro Social	Home phone no.: Telefono de Casa		Cell phone no.: Cellular		
Occupation: Empleo	Employer: Empleador		Student/Estudiante:		
Chose clinic because/referred to clinic by (Como Supo De la Oficina) _____					
Other family members seen here: [Algun Familia Viene A la Clinica]					
ADDITIONAL INFORMTION/INFORMACION ADICIONAL					
Preferred Pharmacy/Farmacia Preferida					
Pharmacy Name: Nombre de farmacia:	Address/Direccion		phone no.: telefono		
Street between/calles cercanas					
Nacionalidad/Nationality		Entidad/Ethnicity		Race/Raza	
White	Black	Asian	Non-Hispanic	refuse	
Hispanic/Hispano	other				
Language/Lenguaje:					
IN CASE OF EMERGENCY					
Name of local friend or relative (not living at same address): [nombre del familia o amigo que no viva con usted]			Relationship to patient: [relacion]	Home phone no.: [telefono]	Work phone no.: [telefono del trabajo]
<p>The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Bon Vitas Medical. or insurance company to release any information required to process my claims.</p> <p>La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Bon Vitas Medical. o compañía de seguros para divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.</p>					
Patient/Guardian signature				Date	



Consent and Authorization Agreement

Patient Name

_____/_____/_____
Date of Birth

Please read the "Consent and Authorization and Agreement" form carefully:

I hereby consent and authorize **Bon Vitas Medical** to provide me treatment and certify that no guarantee or agreement has been made as to the results obtained. _____-Initials

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a **Bon Vitas Medical** a proporcionarme tratamiento y certificar que no hay garantía o se ha acuerdo sobre los resultados obtenidos. _____-Iniciales

Agreement to pay for services:

I promise to Bon Vitas Medical, all undersigned and/or the patient will be responsible for all charges, applicable co-payments and deductibles or charges not paid by my insurance carrier(s). Such payments will be made to **Bon Vitas Medical** upon notification. _____-Initials

Prometo a **Bon Vitas Medical**, todo bajo firma y/o el paciente será responsable de todos los cargos, copagos aplicables y deducibles o cargos no pagados por mi Seguro transportista(s). Dichos pagos se realizarán a Bon Vitas Medical tras la notificación. _____-Iniciales

Privacy Notifications:

I acknowledge that I have read **Bon Vitas Medical**, privacy notice. _____initials

Reconozco que he leído **Bon Vitas Medical**, aviso de privacidad. _____-Iniciales

Authorization:

I authorize **Bon Vitas Medical** to submit a claim to my insurance company on my behalf.

_____Initials

Autorizo a **Bon Vitas Medical** a presentar una reclamación a mi compañía de seguros en mi nombre. _____-Iniciales

NO Solicitation

I certify that I have voluntarily requested the medical services of **Dr. Melissa Ortiz Miranda**. The Dr. Ortiz nor did employees ask me for their services. _____Initial

Certifico que he solicitado voluntariamente los servicios medicos de la **Dra. Ortiz Miranda**. La Dra. Ortiz ni empleados me solicitaron para sus servicios. _____initials

Telephone and Refill Office Policy

Telephone Messages will have a 48-hour (2 business day) turnaround period. Prescriptions refills should require a 5-business day notice. _____-Initials

Los mensajes telefónicos tendrán un período de respuesta de 48 horas (2 días hábiles). Recargas de recetas debe requerir un aviso de 5 días hábiles. _____-Iniciales

I have read and understand all above information and agree to comply,

He leído y entiendo toda la información anterior y acepto cumplir,

Patient/ Guardian Signature



Directivas anticipadas de atención médica

Lea atentamente la siguiente información antes de firmar.

El derecho del paciente a decidir

Todo adulto competente tiene derecho a tomar decisiones sobre su propia salud, incluido el derecho a elegir o rechazar un tratamiento médico.

Cuando una persona se vuelve incapaz de tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considera que está incapacitada. Para asegurarse de que se respeten las decisiones de una persona incapacitada sobre la atención médica, la legislatura de Florida promulgó leyes relacionadas con las directivas anticipadas de atención médica (Capítulo 765, Estatutos de la Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente a hacer una directiva anticipada que indique a su médico que proporcione, retenga o retire procedimientos para prolongar la vida; para designar a otra persona para que tome decisiones sobre el tratamiento si la persona no puede tomar sus propias decisiones; y / o para indicar la decisión de realizar una donación anatómica después de la muerte.

Por ley, los hospitales, hogares de ancianos, agencias de atención médica a domicilio, hospicios y organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) deben proporcionar a sus pacientes información escrita, como este folleto, sobre las instrucciones anticipadas de atención médica. Las reglas estatales que requieren esto incluyen SSA-2.0232, 59A-3.254, 59A-4.106, 59A-8.0245 y 59A-12.013, Código Administrativo de Florida.

¿Qué es una directiva anticipada?

Es una declaración escrita u oral sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda tomarlas usted mismo y / o puede expresar su deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas elaboran directivas anticipadas cuando se les diagnostica una enfermedad potencialmente mortal. Otros ponen sus deseos por escrito mientras están sanos, a menudo como parte de su planificación patrimonial.

Tres tipos de directivas anticipadas son:

- Un testamento en vida
- Una designación de sustituto de atención médica
- Una donación anatómica

Puede optar por completar uno, dos o los tres formularios. Este folleto proporciona información para ayudarlo a decidir qué se adaptará mejor a sus necesidades.

¿Qué es un "testamento vital"? Es una declaración escrita u oral del tipo de atención médica que desea o no desea si no puede tomar sus propias decisiones. Se llama testamento vital porque entra en vigor mientras aún vive. Es posible que desee hablar con su proveedor de atención médica o abogado para asegurarse de haber completado el testamento vital de manera que se comprendan sus deseos.

¿Qué es una "designación sustituta de atención médica"?

Es un documento que nombra a otra persona como su representante para tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas usted mismo. Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que desee o no desee, similar a un testamento vital. También puede designar un sustituto alternativo.

Dependiendo de sus necesidades individuales, es posible que desee completar uno o una combinación de los tres tipos de directivas anticipadas. Formularios disponibles a pedido.

Si__ No__ entuvar Si__ No__ Resucitar __ no lo quiero

Print patient name: _____ Patient Signature: _____

Fecha __/__/____



Folmulario de Autorizacion de HIPPA

Yo, _____ autorizo el uso o divulgacion de mi informacion medica protegida como se describe a continuacion:

Personas autorizadas para usar y divulgar informacion medica protegida. Bon Vitas Medical
Esta autorido a divulgar informacion médica a:

Nombre: _____

Relacion: _____

Telefono: _____

Nombre: _____

Relacion: _____

Telefono: _____

Autorizacion

Entiendo que la informacion utilizada o divulgada bajo este formulario de autorizacion puede estar sujeta a una nueva divulgacion por parte e las personas de la instalacion que la recibe y ya no estara protegida por las regulaciones federal de privacidad.

Tengo derecho a negarme a firmar este formulario de autorizacion. La persona que autoriza tiene derecho a revocar esta autorizacion por escrito en cualquier momento. Entiendo que cualquier accion que se haya tomado en base a esta autorizacion no se ouede revertir y mi revocacion no afectara esas acciones.

Firmado Por: _____ Fecha: _____

Concentimiento para obtener historial de prescripcion externa

Yo, _____ autorizo a Bon Vitas Medical LC, y sus proveedores afiliados a ver mi historial de recetas externas a traves del servicio electronico Rx Hub u por el sitio web conocido como E-Force.

Entiendo que el historial de receta de varios proveedores no afiliados medicos, companies de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede ser vista por mis proveedores y personal de Bon Vitas Medical., Esto puede incluir recetarios de varios años.

Certifico que he leído y entendido este concentimiento y autorizo el acceso.

Firma del Paciente

Fecha



Historial Médico del Paciente
(Confidencial)
Por favor escribe claro y firme

Nombre: _____ Fecha de hoy _____

Hombre Mujer Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Ultima examinacion medica _____
mm / dd / yyyy

Estado civil _____ Ocupacion _____

Razon de su visita? _____

Mantenimiento De Salud mencione la Fecha mas reciente :

Mujer solamente	Hmbres y Mujer	Hombres
_____ Period Menstrual	_____ Prueba de colesterol	_____ PSA (prueba de sangre de prostata)
_____ Mammograma	_____ Colonoscopia	_____ Examen de Prostata
_____ Pap smear	_____ Transfucion de sangre	
	_____ Examen de ojos	
	_____ Densidad de los Huesos	
	_____ EKG	

CONDICIONES Check conditions you currently have or have had in the past

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS /HIV | <input type="checkbox"/> Cancer, type _____ | <input type="checkbox"/> GERD (reflux) | <input type="checkbox"/> Heartburn | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñon | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroide |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Goiter | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Artritis Rheumatoide | <input type="checkbox"/> Diabetes Type I or II | <input type="checkbox"/> Gout | <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Emphysema/COPD | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Problema Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Ataques al corazon | <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Erectile Dysfunction | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Prostate Problem | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> B-12 Deficiencia | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids | <input type="checkbox"/> Rectal Bleeding |
| <input type="checkbox"/> CAD / enfermedad de corazon | <input type="checkbox"/> Besicula | <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | |
| <input type="checkbox"/> Other | | | | |

ALLERGIAS?

No tengo allergies Si, tengo las siguientes alergias: _____

MEDICINAS ESCRIBA LOS NOMBRES DE LAS MEDICINAS QUE TOMA ACTUALMENTE

Habitos de salud

Caffeine/ Cafe	None <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ drinks per _____
Tobacco/Tabaco	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> _____ cigarettes per day <input type="checkbox"/> Quit smoking around _____
Alcohol	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> _____ drinks per _____
Drugs	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> _____
Exercise	Describe: _____
Sexually Active	<input type="checkbox"/> Always <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Sometimes

Historias de Cirujia			Historia de Embarazo		
Año	Hospital / Ciudad / estado	Clase de Cirujia/ Complicacion si alguna	#Embarazos _____ ; # Hijos Vivos		
			# Nacidos : Cesarea _____ ; vaginal		
			Birth Year	M or F	Complications, if any

Otras Hospitalizaciones: enfermedades serias o accidentes

Year	Hospital / City / State	Reason for hospitalization, nature of illness or injury

Historia Familiar
Porfavor llene la informacion de su familia aqui : **Check chequiar si el familiar tiene alguna de estas condiciones :**

Relacion	edad, vive	Edad al tiempo de su muerte	Condicion Medica/ Causa de Muerte	Enfermedad	Relacion contigo
Padre				<input type="checkbox"/> Arthritis	
Madre				<input type="checkbox"/> Asthma	
Hermanos				<input type="checkbox"/> Cancer	
				<input type="checkbox"/> Diabetes	
				<input type="checkbox"/> Gout	
				<input type="checkbox"/> Heart disease	
Hermanas				<input type="checkbox"/> High blood pressure	
				<input type="checkbox"/> Kidney disease	
				<input type="checkbox"/> Stroke	
				<input type="checkbox"/> Other	

INFORMACION ADICIONAL Algo Mas que usted quiera que el Doctor sepa sobre su salud ?

I certify that the information on this form is correct to the best of my knowledge. I will not hold my doctor or any members of his/her staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

Certifico que la información de este formulario es correcta según mi conocimiento. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma de Paciente _____ Revisado por _____ Fecha _____