

HISTORIAL MÉDICO

Altura: _____

Peso: _____

¿Tiene alguno de los siguientes?

¿Diabetes?	Sí	No
¿Problemas cardíacos?	Sí	No
¿Epilepsia?	Sí	No
¿Presión arterial alta?	Sí	No
¿Problemas de circulación?	Sí	No
¿Osteoporosis?	Sí	No
¿Problemas intestinales/vesicales?	Sí	No
¿SIDA/VIH positivo?	Sí	No
¿Alguna vez has tenido cáncer?	Sí	No
¿Alguna vez has experimentado mareos o desmayos?	Sí	No
¿Pérdida repentina de peso?	Sí	No
¿Problemas respiratorios?	Sí	No
¿Estás embarazada?	Sí	No
¿Cirugía reciente?	Sí	No
¿Artritis?	Sí	No

Describe cualquier otro problema de salud:

Lista de cirugías pasadas:

Indique cualquier alergia:

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando:

¿Le han tomado alguna radiografía/resonancia magnética relacionada con esta lesión? SI NO

Si es así, ¿dónde? _____

¿Es usted derecho o zurdo? D Z

HISTORIA SOCIAL:

___ Fumador ___ No fumador

___ Beber alcohol ¿Cuánto? _____

___ No bebe alcohol

¿Está lesión esta relacionada con un accidente automovilístico / resbalón y caída? Sí No

Pacientes de Accidentes Automovilísticos

(Por favor, de llenar esta sección)

Compañía de seguros <i>(Sucursal si corresponde)</i>	
Dirección	
Número de teléfono	
Número de fax	
Nombre del ajustador	
Fecha del accidente	
Número de póliza	
Número de reclamación	
Nombre del titular de la póliza <i>(Si es diferente del reclamante)</i>	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos y divulgamos su información de salud para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento, o a familiares y amigos que usted apruebe.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. También tiene derecho a solicitar restricciones en la divulgación de PHI (información de salud personal) o medios alternativos de comunicación para garantizar la privacidad.

Servicios relacionados con la salud de marketing: No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley o las actividades de seguridad nacional.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes cuando sospechemos abuso o negligencia.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud con excepciones limitadas. Si solicita copias, le cobraremos una tarifa razonable para localizar y copiar su información, y franqueo si desea que se le envíen las copias por correo.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede presentar una queja ante nosotros utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si lo solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Se ha designado un Oficial de Privacidad/Contacto para esta oficina. Se puede contactar al Oficial de Privacidad simplemente comunicándose con la oficina y pidiendo hablar con el Gerente de la Oficina que se desempeña como Oficial de Privacidad.

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DEL AVISO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Y EL CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PERSONAL**

Escriba el nombre del paciente Fecha

Yo _____, reconozco que yo
(Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal)

Haber recibido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de esta oficina o que el
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de esta oficina se puso a mi disposición para recibirlo.

Yo _____, consentimiento para el uso y
divulgación de (Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal)

Mi información de salud personal por su oficina para Tratamiento, Facturación / Pago y Operaciones
de Atención Médica como se describe en el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Cancelación / Ahora Mostrar Política – South Florida Injury and Convenient Care entiende que hay momentos
cuando debe faltar a una cita. Por favor, comprenda que nosotros (South Florida Injury and Convenient Care)
nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelación de \$50 dólares si una cita no se cancela con al
menos 24 horas de anticipación o si no se presenta.



Estimado nuevo paciente:

Entendemos que usted ha venido a nuestra práctica médica para recibir tratamiento médico como resultado de las lesiones traumáticas que sufrió.

Nuestro consultorio médico no está en la red de ninguna compañía de seguros de salud privada y no acepta Medicare u otros planes o beneficios de seguros de salud gubernamentales.

Tenemos un acuerdo de pago alternativo que le permitirá diferir los pagos de sus gastos médicos y le facilitará el manejo y la preparación para esta situación financiera inesperada.

Estamos más que dispuestos a responder a todas y cada una de las preguntas que pueda tener antes de firmar este documento. También tiene la oportunidad de que este documento sea revisado por un abogado de su elección antes de firmarlo.

Al firmar a continuación, usted afirma que entiende que el consultorio no acepta seguros médicos ni beneficios de Medicare y que todas sus preguntas sobre este tema han sido respondidas satisfactoriamente por el consultorio médico.

Yo _____ por la presente reconozco que este consultorio médico no acepta ningún seguro médico ni beneficios de Medicare, deseo ser atendido y tratado por este consultorio médico y entiendo que soy personalmente responsable de las facturas médicas incurridas por mi tratamiento.

Firma del paciente

Fecha

SOUTH FLORIDA INJURY CONVENIENT CARE
2601 MANATEE AVE. W.
BRADENTON, FL 34205
941-744-0040

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS, RELEASE, & DEMAND

Insurer and Patient Please Read It Following in its Entirety Carefully!

I, the undersigned patient/insured knowingly, voluntarily and intentionally assign the rights and benefits of my automobile Insurance, also known as Personal Injury Protection (hereinafter PIP), Uninsured Motorist and Medical Payments policy of insurance to the above health care provider. I understand it is the intention of the provider to accept this assignment of benefits in lieu of demanding payment at the time services are rendered. I understand this document will allow the provider to file suit against an insurer for payment of the insurance benefits or an explanation of benefits and to seek \$627,428 damages from the insurer. If the provider's bills are applied to a deductible, I agree this will serve as a benefit to me. This assignment of benefits includes transportation medications, supplies, overdue interest and any potential claim for common law or statutory bad faith/unfair claims handling. If the insurer disputes the validity of this assignment of benefits, then the insurer is instructed to notify the provider in writing within five days of receipt of this document. Failure to inform the provider shall result in a waiver by the insurer to contest the validity of this document. Failure to inform the provider shall result in a waiver by the insurer to contest the validity of this document. The undersigned directs the insurer to pay the health care provider the maximum amount directly without any reductions & without including the patient's name on the check. To the extent the PIP insurer contends there is a material misrepresentation on the application for insurance resulting in the policy of insurance is declared voided, rescinded, or canceled, I as he named insured under said policy of insurance, hereby assign the right to receive the premiums paid for my PIP insurance to this provider and to file suit for recovery of the premiums. The insurer is directed to issue such a refund check payable to this provider only. Should the medical bills not exceed the premium refunded, then the provider is directed to mail the patient/named insured a check which represents the difference between the medical bills and the premiums paid.

Disputes: The insurer is directed by the provider and the undersigned to not issue any checks or drafts in partial settlement of a claim that contain or are accompanied by language releasing the insurer or its insured/patient from liability unless there has been a prior written settlement agreed to by the health provider (specifically the office manager) and the insurer as to the amount payable under the insurance policy. The insured and provider hereby contests and objects to any reductions or partial payments. Any partial or reduced payment, regardless of the accompanying language, issued by the insurer and deposited by the provider shall be done so under protest, at the risk of the insurer, and the deposit shall not be deemed a waiver, accord, satisfaction, discharge, settlement or agreement by the provider to accept a reduced amount as payment in full. The insurer is hereby placed on notice that this provider reserves the right to seek the full amount of the bills submitted. If the PIP insurer states it can pay claims at 200% of the Medicare Fee Schedule or any other fee schedule contained within F.S. 627.736 then the insurer is instructed & directed to provide this provider with a copy of the policy of insurance within 10 days. Any effort by the insurer to pay a disputed debt as full satisfaction must be mailed to the address above, after speaking with the office/billing manager and mailed to the attention of the **Office/Billing Manager (SOUTH FLORIDA INJURY/PARAMOUNT MEDICAL BILLING)** See Fla. Stat. §673.3111.

EUOs and IMEs: If the insurer schedules a defense examination or examination under oath (hereinafter "EUO") the insurer is hereby INSTRUCTED to send a copy of said notification to this provider. The provider or the provider's attorney is expressly authorized to appear at any EUO or IME set by the insurer. The health care provider is not the agent of the insurer or the patient for any purpose.

This assignment applies to both past and future medical expenses and is valid even if undated. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original. I agree to pay any applicable deductible, co-payments, for services rendered after the policy of insurance exhausts and for any other services unrelated to the automobile accident. The health care provider is given the power of attorney to: endorse my name on any check for services rendered by the above provider; and to request and obtain a copy of any statements or examinations under oath given by patient.

Release of information: I hereby authorize this provider to: furnish an insurer, an insurer's intermediary, the patient's other medical providers, and the patient's attorney via mail, fax, or email, with any and all information that may be contained in the medical records; and for my insurance carrier to **send Insurance coverage information (declaration sheet & policy of insurance) in writing and telephonically to the above-named provider;** request from any insurer all explanation of benefits (EOBs) for all providers and non-redacted PIP payout sheets; obtain any written and verbal statements the patient or anyone else provided to the insurer; obtain copies of the entire claim file and all medical records, including but not limited to, documents, reports, scans, notes, bills, opinions, X-rays, IMEs, and MRI's, from any other medical provider or any insurer. The provider is permitted to produce my medical records to its attorney in connection with any pending lawsuits. The insurer is directed to keep the patient's medical records from this provider private and confidential. The insurer is not authorized to provide these medical records to anyone without the patient's and the provider's prior express written permission. **PLEASE NOTE: The insurer is not authorized to release protected health information (PHI) to third party vendors that schedule independent medical examinations or independent medical examination physicians.**

Demand: Demand is hereby made for the insurer to pay all bills within 30 days without reductions and to mail the latest non-redacted PIP payout sheet and the insurance coverage declaration sheet, and the insurance policy to the above provider within **15** days, as well as notify the provider pursuant to F.S. 627.736 (6) (f) when benefits have been exhausted. The insurer is directed to pay the bills in the order they are received. However, if a bill from this provider and claim from anyone else is received by the insurer on the same day the insurer is directed to not apply this provider's bill to the deductible.. If a bill from this provider and claim from anyone else is received by the insurer on the same day then the insurer is directed to pay this provider first before the policy is exhausted. In the event the provider's medical bills are disputed or reduced by the insurer for any reason, or amount, the insurer is to: set aside the entire amount disputed or reduced; escrow the full amount at issue; and not pay the disputed amount to anyone or any entity, including myself until the dispute is resolved by a Court. Do not exhaust the policy. The insurer is instructed to inform, in writing, the provider of any dispute.

Certification: I certify that: I have read and agree to the above; I have not been solicited or promised anything in exchange for receiving health care; I have not received any promises or guarantees from anyone as to the results that may be obtained by any treatment or service; I agree the provider's prices for medical services, treatment and supplies are reasonable and customary.

Caution: Please read before signing. If you do not completely understand this document, please ask us to explain it to you. If you sign below, we will assume you understand and agree to the above.

Patient's Name _____ Patient's Signature _____

(Please Print)

(If patient is a minor, signature of parent/guardian)

Date _____