

FCAAC 2009 NEW PATIENT INFORMATION

Fecha: _____

ACCT# _____

Nombre del Paciente:		Estatus Marital (Circule) S C V DIV SEP		Sexo: (Circule) F M		Fecha de Nacimiento	Edad:
Direccion: ___ Perm ___ Temp (No P.O. Box)		Ciudad / Estado:		Codigo Postal:		Telefono de la Casa:	
Ocupacion:	Empleador:	Cuanto lleva trabando alli?		Telefono Cellular:			
Direccion de su Trabajo:		Ciudad / Estado:		Codigo Postal:		Telefono del Trabajo:	
Idioma Principal:	Email:	Numero de Licencia de Conducir:		Numero de Seguro Social: - -			
Como se entero de nuestra existencia?		Medico de Cabecera/Primario:		Que Doctor lo Refirio?			

Nombre del Esposo/a	Empleador de su Esposo:	Cuanto lleva el/ella trabajando?	Ocupacion:
Direccion del Empleador:	Ciudad / Estado:	Codigo Postal:	Telefono del Trabajo:

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Nombre de la Madre:	Direccion:	Ciudad / Estado	Codigo Postal	Telefono de la Casa:
Empleador de la Madre:	Ocupacion de la Madre:	Cuanto lleva trabajando alli?		Telefono Cellular:
Direccion del Trabajo:		Ciudad / Estado	Codigo Postal	Telefono del Trabajo:
Numero de Seguro Social de la Madre:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Licencia de Conducir:		
Nombre del Padre:	Direccion:	Ciudad / Estado	Codigo Postal	Telefono de la Casa:
Empleador del Padre:	Ocupacion del Padre:	Cuanto lleva trabajando alli?		Telefono Cellular:
Direccion del Trabajo:		Ciudad / Estado	Codigo Postal	Telefono del Trabajo:
Numero de Seguro Social del Padre:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Licencia de Conducir:		

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre de la Compania de Seguros:		
Tipo de Cobertura: ___ PPO ___ POS ___ HMO ___ Medicare/Medicaid ___ W/C ___ Self Pay ___ EPO ___ Indemnity		
A nombre de quien esta la poliza?	Fecha de nacimiento de la persona asegurada:	Numero de Seguro Social de la persona asegurada:

AUTORIZACION AL MEDICO

Yo autorizo el pago directo por parte de mi seguro a Florida Center for Allergy & Asthma Care por los servicios prestados, que en caso contrario serian cobrados a mi. Yo autorizo la entrega de mi informacion medica que sea requerida, a mi compania/s de seguros. Una copia de esta autorizacion puede ser utilizada como si fuera la original. Yo autorizo a quien tenga mi informacion medica u otra informacion a entregarla al Seguro Social y al departamento administrativo para el financiamiento del cuidado de la salud o alguno de sus intermediarios en el instante en que sea solicitada por los mismos o por reclamos del Medicare o la ley en general. Yo autorizo a la compania aseguradora a pagar los beneficios correspondientes por el tratamiento recibido, a Florida Center for Allergy & Asthma Care, segun criterio preestablecido entre las partes. Yo entiendo que soy financieramente responsable por los costos que el seguro no cubra. Todos los deducibles, co-pagos, co-seguros, y otros balances que son pagos en el momento que el servicio es realizado.

Firma del paciente/o garantizante:	Fecha:
---	---------------

Para uso exclusivo de la oficina: K WK CG PB KR H HL B AV HW WT PP PL CS F BR // P G JL ZL FR RY PM FM E IR CS CA LL CO KS ___
--

Florida Center For Allergy & Asthma Care

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZACION Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD

SECCION A: Autorización del Paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

No. Pacient: _____ No. Seguro Social _____

SECCION B: Para el paciente – Por favor lea cuidadosamente lo siguiente

Propósitos de la Autorización: Firmando este documento, usted esta autorizándonos a hacer uso de la información de su salud a la vez que ha divulgarla para poder hacerle tratamiento, actividades de pago y funcionar en general todo nuestro cuidado de la salud para con usted.

Notificación de la Privacidad de la Práctica: Usted tiene el derecho de leer esta Notificación antes de decidir si firma la autorización o no. Nuestra Notificación le provee una descripción de nuestro tratamiento, pago de actividades y funciones del cuidado de su salud a la vez que del uso y la divulgación de la información de su salud y de otra información importante acerca de la protección de la información de su salud. Una copia de esta notificación va acompañada de la autorización. Nosotros lo invitamos que lo lea detalladamente y completamente antes de firmar esta autorización.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad en la práctica como esta descrito en la Notificación de la Privacidad en la Practica, lo cual contendrá los cambios. Dichos cambios pueden aplicar a cualquiera de nuestra información protegida de la salud.

Usted puede obtener una copia de nuestra Notificación de la Privacidad de la Práctica, incluyendo alguna revisión de nuestras notificaciones, en cualquier momento contactándonos a:

Privacy Officers

Geidy Rodriguez, Director of Office Operations
Shannon Saunders, Director of Office Operations
11880 SW 40th Street
Suite 304
Miami, FL 33175
305-223-8808

Derecho de Revocar: Usted tiene el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta dirigida a la persona que se menciona anteriormente como persona a contactar y debe de estar firmada por usted. Por favor entienda que la revocación a esta autorización no afectara en ninguna forma el tratamiento que se le halla dado antes de que esta revocación halla sido recibido usted departe de nosotros. Puede ocurrir que nosotros nos neguemos a atenderlo como nuestro paciente o continuar algún tratamiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido muchas oportunidades de leer y entender el contenido de este documento a la vez que la Notificación de la Privacidad en la Practica. (Entiendo que si firmo esta autorización, yo estoy autorizando a utilizar, a divulgar mi información de la salud. También estoy autorizando a hacer las actividades necesarias para recaudar el pago de mi tratamiento o consulta, ejercer tratamiento, y funcionamiento del cuidado de la salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el consentimiento ha sido firmado por otra persona en representación del paciente, conteste los siguientes apartados:

Nombre del representante: _____

Relación tenida con el paciente _____

Usted tiene el derecho a obtener una copia del consentimiento otorgado una vez firmado el mismo.

FOR OFFICE USE ONLY

____ Individual refused to sign

____ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment

____ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

____ Other

Florida Center

For Allergy & Asthma Care

Administrative Office

11880 SW 40 ST., SUITE 304
Miami, Florida 33175
Phone: 305-223-8808 / Fax: 305-223-8974
info@florida-allergy.com
www.florida-allergy.com

Michael P. Pacin, M.D.*
Joan C. Gluck, M.D.
Jaime Landman, M.D.*
Zevy Landman, M.D.
Walter M. Ryan, M.D.
Elias Salama, M.D.
Ileana Rodicio, M.D.*
**Diplomate of the American Board
of Allergy & Immunology*

Phillip C. Mirmelli, M.D.*
Frank J. Martell, M.D.*
Adriana Bonansea-Frances M.D.
Charlene Shookoff, M.D.
Jose Carpio, M.D.
Sharlene Llanes, M.D.*
Martin R. Correa, M.D.
**Diplomate of the American Board
of Allergy & Immunology*

Abril 10, 2006.

Estimado Paciente:

El Acta de el manejo de la privacidad y de la salud del paciente (HIPAA siglas en ingles) requiere que nosotros, Florida Center For Allergy and Asthma Care, notifiquemos a todos nuestros pacientes acerca de los deberes que tenemos y los derechos como paciente que ustedes tienen, en todo lo relacionado a el adecuado manejo de la información. Además, estamos obligados a recolectar documentos firmados por ustedes donde reconocen que se esta proveyendo toda la información y la privacidad que requiere HIPPA.

Yo estoy adjuntando la Notificación de Privacidad y de Reconocimiento. Por favor leerla y completar las partes que están en blanco, devolverla a la oficina donde se están siendo tratados.

Si usted tiene alguna pregunta referente a la Notificación de Privacidad, por favor contacte la oficina donde usted esta siendo tratado. Le ayudaremos con cualquier información adicional con el mayor de los gustos.

Sinceramente,



Sharon Peña
Directora Ejecutiva

Homestead
Weston

Kendall
Pembroke Pines

West Kendall
Hollywood

Coral Gables
Plantation

Hialeah
Fort Lauderdale

Miami Beach
Coral Springs

Aventura
Boca Raton

Florida Center For Allergy & Asthma Care

Administrative Office

11880 SW 40 ST., SUITE 304

Miami, Florida 33175

Phone: 305-223-8808 / Fax: 305-223-8974

info@florida-allergy.com

www.florida-allergy.com

Michael P. Pacin, M.D.*

Joan C. Gluck, M.D.

Jaime Landman, M.D. *

Zevy Landman, M.D.

Walter M. Ryan, M.D.

Elias Salama, M.D.

Ileana Rodicio, M.D.*

**Diplomate of the American Board
of Allergy & Immunology*

Phillip C. Mirmelli, M.D.*

Frank J. Martell, M.D.*

Adriana Bonansea-Frances M.D.

Charlene Shookoff, M.D.

Jose Carpio, M.D.

Sharlene Llanes, M.D.*

Martin R. Correa, M.D.

**Diplomate of the American Board
of Allergy & Immunology*

A VISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA, DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SU SALUD ES MUY IMPORTANTE PARA FLORIDA CENTER FOR ALLERGY & ASTHMA CARE (FCAAC).

ÉSTA NOTIFICACIÓN ABARCA A TODAS LAS ENTIDADES QUE SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN QUE LES ESTÁN PRESTANDO SUS SERVICIOS MÉDICOS.

Todos los empleados, médicos, asistentes de médicos, enfermeras con título de ayudante médica, enfermeras, personal administrativo y cualquier otro tipo de profesional de la salud que le esté prestando servicios por medio de FCAAC debe someterse a las normas establecidas en esta notificación reguladora de la práctica privada. La FCAAC tiene el derecho de compartir la información de su expediente médico con las entidades que se señalan para así prestarle un servicio adecuado.

PRIMERA PARTE - NUESTRA OBLIGACION LEGAL

De acuerdo a las leyes estatales y federales estamos requeridos a mantener en privado la información de su salud. También estamos requeridos a darle esta notificación por escrito acerca de nuestra privacidad en la práctica, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a la información de su salud. Nosotros estamos obligados a seguir las leyes de la privacidad en la práctica que aparecen en esta notificación mientras esta en efecto. Esta notificación tomo efecto en 04/14/2003 y seguirá efectiva hasta que consideremos reemplazarla.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad en la práctica y los términos de esta notificación en cualquier momento, siempre y cuando estos cambios sean permitidos por la ley. Nos reservamos el derecho a hacer cambios en nuestra privacidad en la práctica y la efectividad de nuevos términos para toda la información de la salud que nosotros poseemos, incluyendo información de la salud que hallamos creado o recibido antes de haber hecho los cambios. Antes de hacer cambios significativos a la privacidad de nuestra practica, nosotros cambiaremos esta notificación y haremos una Notificación nueva que este disponible para cuando usted la solicite.

Usted puede solicitar una copia de esta Notificación en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestra privacidad en la práctica o para copias adicionales de esta Notificación por favor contáctenos utilizando la información que encontrara al finalizar esta Notificación.

Homestead
Weston

Kendall
Pembroke Pines

West Kendall
Hollywood

Coral Gables
Plantation

Hialeah
Fort Lauderdale

Miami Beach
Coral Springs

Aventura
Boca Raton

SEGUNDA PARTE - UTILIZACION Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD

Nosotros utilizamos y divulgamos la información acerca de su salud, pago y operaciones del cuidado de la salud; por ejemplo:

Tratamiento: Nosotros podemos utilizar o divulgar la información de su salud a su médico de cabecera u otro proveedor del cuidado de la salud que lo este tratando.

Pago: Nosotros podemos utilizar y divulgar la información de su salud para obtenerle pago por los servicios prestados a usted.

Funcionamiento del Cuidado de la Salud: Nosotros podemos utilizar y divulgar su información de la salud sin tener intervención del funcionamiento de la salud. Funcionamiento de la Salud incluye actividades de mejoramiento y evaluaciones de calidad, evaluación de competitividad de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los proveedores y de los que ejercen la práctica, programas de entrenamiento, acreditación, certificación, obtención de licencias o actividades de credencialización.

Su Autorización: Para la utilización de la información de su salud en caso de pagos o funcionamiento de la salud, usted debe darnos una autorización por escrito para nosotros poder utilizar o divulgarla a quien sea para cualquier propósito. Si usted nos da la autorización, usted puede revocar esa autorización en cualquier momento por medio de una carta firmada. Su revocación no afectara el uso o la utilización de la información autorizada mientras estuvo efectiva. Al menos de que usted nos haya dado por una notificación por escrito. Nosotros no podemos utilizar o divulgar la información de su salud por ninguna razón a excepción de las que están descritas en esta Notificación.

Usted, Su Familia y Amigos: Nosotros solo podemos divulgar la información de su salud a usted como esta descrito en los derechos del paciente en esta notificación. Nosotros no podemos divulgar la información de su salud a ninguno de los miembros de familia, amigos o alguna otra persona que este relacionada con la ayuda del pago o del cuidado de su salud. Se divulgara esta información solo si usted lo autoriza que nosotros divulguemos la información de su salud.

Personas relacionadas con el Cuidado: Nosotros podemos utilizar o divulgar la información de su salud para notificar, asistir en la notificación (incluyendo la identificación o la localización) de un miembro de familia, su representante personal o alguna otra persona responsable por su cuidado, el cuidado en general o la muerte. Si usted esta presente, entonces antes de utilizar o divulgar la información de su salud, nosotros le damos la oportunidad de refutar la utilización o divulgación de dicha información. En caso de una incapacidad o circunstancias de emergencia, nosotros divulgaremos su información, basados en nuestro criterio profesional y aquella información divulgada será la que esta directamente relacionada con la persona que esta cuidando su salud. Nosotros también utilizaremos nuestro criterio profesional y nuestra experiencia en la práctica común para hacer inferencias razonables para determinar que persona debe o puede recibir sus prescripciones, rayos x, implementos médicos, o otras cosas similares de información de la salud.

Servicios Relacionados con el Mercadeo de La Salud: Nosotros no utilizaremos la información de su salud para comunicaciones de mercadeo sin tener una autorización por escrito de parte suya.

Requerimientos de la Ley: Nosotros utilizaremos o divulgaremos la información de su salud cuando sea requerido por la ley.

Abuso o Negligencia: Nosotros podemos divulgar a las autoridades apropiadas la información de su salud si nosotros lo consideramos apropiado, porque usted pueda ser una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o posible víctima de otros crímenes. Nosotros podemos divulgar la información de su salud tanto como sea necesario para evitar una amenaza a la misma o la seguridad de su salud o de otros.

Seguridad Nacional: Nosotros podemos divulgar a las autoridades militares la información del personal de las fuerzas armadas bajo cualquier circunstancia. Nosotros podemos divulgar a oficiales federales autorizados información de la salud que sea requerida para la ley de inteligencia, y otras autoridades de la seguridad nacional. Nosotros podemos divulgar a instituciones correccionales o a los oficiales que forjan el cumplimiento de la ley que tengan la custodia legal de información que sea protegida por la ley de aquellos pacientes que estén bajo circunstancias legales.

Confirmación de Citas: Nosotros podemos utilizar o divulgar la información de su salud para proveer recordarle las citas (como mensajes de buzón, tarjetas o cartas).

TERCERA PARTE - DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho de observar o hacer copias a la información correspondientes a su salud. Usted puede requerir que se le entregue su información en un formato que sea diferente a la forma tradicional de copias. Nosotros se lo entregaremos en el formato que usted lo haya solicitado siempre y cuando tengamos ese formato. Usted debe pasarnos por escrito la solicitud para tener acceso a su información médica. Usted puede obtener una solicitud si nos contacta a nosotros, la información de cómo contactarnos esta en la última pagina de esta notificación. Nosotros le cobraremos un costo razonable por los gastos, como tiempo de nuestros empleados. Usted también puede obtener acceso mandándonos una carta a la dirección que encontrara al final de esta notificación. Si usted solicita fotocopias, nosotros le cobraremos \$1.00 por copia, y \$10.00 por hora de empleado por localizar y copiar su información, mas el estampilla del correo si necesita que la información sea enviada por correo. Si usted solicita una forma alterna, nosotros le cobraremos un costo de acuerdo a lo que cueste el formato en que usted lo requirió. Si usted prefiere, nosotros preparamos un resumen o una explicación de la información de su salud por un costo. Contáctenos utilizando la información que esta al final de esta notificación para una explicación completa de nuestra estructura de costos para cada una de las solicitudes antes mencionadas.

CUARTA PARTE – HOW YOU MAY ASK FOR HELP OR COMPLAIN

Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados puede quejarse a los siguientes funcionarios de privacidad de FCAAC:

<p><u>Funcionarios de Privacidad</u></p> <p>Geidy Rodriguez, Director of Office Operations Shannon Saunders, Director of Office Operations 11880 SW 40 Street Suite 304 Miami, FL 33175 305-223-8808 grodriguez@florida-allergy.com</p>	<p><u>Oficina encargada de los derechos civiles</u></p> <p>U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW, HHH Building, Room 509H Washington D.C., 20201 Phone: 866-627-7748 TTY: 866-788-4989 Online: www.hhs.gov/ocr</p>
--	--

Florida Center

For Allergy & Asthma Care

Conocimiento del Servicio

Cual es el nombre de su medico primario? _____

Se requiere un referido por parte de su medico primario para poder asistir a nuestra consulta?

SI NO

Como se entero de la existencia de nosotros, Florida Center For Allergy and Asthma Care:

Referido por: Medico Primario Otro Medico, su nombre _____

Directorio Medico del Seguro:

HMO PPO POS Indemnización Otro _____

Medios de comunicaci3n:

Comercial de Televisi3n
 Articulo del Peri3dico
 Historia en la Televisi3n
 Paginas Amarillas

Internet:

www.florida-allergy.com Real Yellow Pages on line
 American College of Allergy American Academy of Allergy & Asthma (www.aaaai.org)
 Directorio de Hospital Miami.com o Herald.com

Peri3dico o Publicidad:

Miami Herald
 Sun Sentinel
 Periodico Comunidad de Miami-Dade
 Periodico Comunidad de Broward
 Florida Medical Business

FERIA DE SALUD u otra Exhibici3n

Si se acuerda por favor d3ganos en donde fue? _____

Otro: _____

Gracias por colaborar con esta encuesta. Apreciamos mucho su tiempo y dedicaci3n al respondernos.
Por favor regr3selo a la persona de recepci3n enfrente de la oficina..



Actualización de correos electrónicos

Los médicos y el personal de Florida Center For Allergy & Asthma Care deseamos tener la posibilidad de ofrecerle la información, las noticias y los mensajes más actualizados para su beneficio durante su tratamiento. Para poder servirlo mejor y contactarlo más eficazmente, le pedimos que nos provea su dirección de correo electrónico. **Sepa que su dirección de correo electrónico sólo se solicita para ser usada exclusivamente por Florida Center For Allergy & Asthma Care.**

Nombre / Apellido

Fecha de nacimiento

Su dirección de correo electrónico

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Esta área es para uso oficial exclusivamente

Número de cuenta del paciente

Inicial del administrador de la oficina



QUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Nos interesa muchísimo el desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de enfermedades alérgicas. Participamos de muchos estudios de investigación con diversas compañías farmacéuticas que están preparadas para introducir nuevos tratamientos para enfermedades alérgicas. Algunos estudios ofrecen al paciente viáticos por tiempo y transporte. Si le interesa participar en uno de nuestros ensayos clínicos en el futuro, complete este formulario.

Fecha:_____ Nombre:_____

Nombre del Padre/tutor (para menores de 18):_____

Fecha de nacimiento:_____ Sexo: M/F Grupo étnico:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Correo Electrónico:_____

Teléfono (casa):(_____)_____ (trabajo):(_____)_____ Código postal:_____

¿Tiene asma? _____ ¿Cuándo comenzó? _____ ¿Tiene alergias? _____

¿Qué tipo de alergias?_____

¿Tiene: sinusitis?_____ ¿Con cuánta frecuencia?_____ ¿Tiene o tuvo urticaria?_____

Otras afecciones médicas_____

¿Fuma?_____ ¿Alguna vez fumó?_____

En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de fumar?_____ ¿Cuánto tiempo fumó?_____

¿Es alérgico a la aspirina u otros analgésicos?_____

Enumere cualquier otro medicamento al que es alérgico:_____

¿Recibe inyecciones para la alergia?_____ ¿Desde hace cuánto?_____

¿Podemos llamarlo cuando su perfil cumpla con ciertos criterios de estudio para ver si le interesa el ensayo?

Gracias por tomarse el tiempo de completar este cuestionario. ☺