

Stephen J. Miller, M.D., P.A.

Formulario para el nuevo paciente

Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Apto. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Del trabajo: _____ Celular: _____

Número de Seguridad Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado
Viudo

Lugar donde trabaja: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Su puesto: _____

Nombre del cónyuge o pariente más cercano: _____
Parentesco: _____

Teléfono de la casa: _____ Otro #: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre del doctor primario: _____ Teléfono: _____

Médico referente: _____ Teléfono: _____

¿Cuál es el problema por el cual usted hoy viene a ver al doctor? *(Por favor especifique la parte derecha o izquierda)*

Si el problema está relacionado con una lesión, por favor brinde la siguiente información:

Fecha de la lesión: _____ Tipo de lesión: _____

¿La lesión ocurrió en el trabajo? SÍ NO *(Si responde "sí", por favor notifíquese a la recepción)*

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

HISTORIA MÉDICA

S	N	Anemia	S	N	Cirugía cardíaca o Marcapaso
S	N	Asma	S	N	Hemofilia
S	N	Transfusión de sangre	S	N	Hepatitis
S	N	Cáncer - Tipo de quimioterapia - Lugar: _____	S	N	Tensión arterial alta
S	N	Defecto congénito del corazón	S	N	Tensión arterial baja
S	N	Enfisema	S	N	Epilepsia
S	N	Ataque cardíaco o apoplejía Fecha: _____	S	N	Artritis
S	N	VIH/SIDA Fecha: _____	S	N	Diabético
S	N	Prolapso de la válvula mitral	S	N	Dependiente de insulina
S	N	Fiebre reumática o Escarlatina	S	N	Osteoporosis
S	N	Úlceras o Colitis	S	N	Articulaciones artificiales
S	N	Tiroides	S	N	Fibromialgia
S	N	Gota	S	N	Tuberculosis
S	N	Coágulos de sangre	S	N	¿Está actualmente embarazada?
S	N	Otros padecimientos médicos graves: _____			

ANTECEDENTES FAMILIARES

(¿Lo han padecido sus padres o hermanos?)

S	N	Apoplejía o dolor de cabeza o convulsiones	S	N	Enfisema	Madre: _____	Edad: _____	Vivos: S N
S	N	Cáncer	S	N	Diabetes	Padre: _____		S N
S	N	Padecimiento del corazón o Hipertensión	S	N	Trastorno de la tiroides	Hermano: _____		S N
						Hermana: _____		S N

MEDICAMENTOS

Relacione **TODOS** los medicamentos que actualmente toma: _____

CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIONES

ALERGIAS

S	N	Aspirina	S	N	Penicilina
S	N	Codeína	S	N	Látex
S	N	Tetraciclina	S	N	Eritromicina
S	N	Sulfa	S	N	Iodo
S	N	Otra: _____			

ANTECEDENTES SOCIALES

S	N	Fumador	Cajetillas diarias: _____
S	N	Bebedor de bebidas alcohólicas	Cantidad promedio diaria: _____
S	N	Abuso de drogas	_____

Paciente: _____

Fecha: _____

Revisión de los sistemas

¿Usted ahora tiene algún problema relacionado con los siguientes sistemas? Circule Sí o No.

Síntomas constitucionales

Fiebre	S	N
Escalofríos	S	N
Dolor de cabeza	S	N
Otro _____		

Ojos

Visión borrosa	S	N
Visión doble	S	N
Dolor	S	N
Otro _____		

Sistema Alérgico o Inmunológico

Fiebre del heno	S	N
Alergias a medicamentos	S	N
Otro _____		

Sistema neurológico

Temblores	S	N
Episodios de mareos o de aturdimiento	S	N
Entumecimiento u hormigueo	S	N
Otro _____		

Sistema endocrino

Sed excesiva	S	N
Muy caliente o muy frío	S	N
Cansado o lento	S	N
Otro _____		

Sistema gastrointestinal

Dolor abdominal	S	N
Náusea o vómitos	S	N
Indigestión o acidez estomacal	S	N
Otro _____		

Sistema cardiovascular

Dolor en el pecho	S	N
Venas varicosas	S	N
Tensión arterial alta	S	N
Otro _____		

Sistema integumentario

Erupción de la piel	S	N
Furúnculos	S	N
Picazón persistente	S	N
Otro _____		

Sistema músculoesquelético

Dolor de las articulaciones	S	N
Dolor del cuello	S	N
Dolor de la espalda	S	N
Otro _____		

Oído/nariz/garganta/boca

Infección en los oídos	S	N
Dolor de garganta	S	N
Problemas de los senos nasales	S	N
Otro _____		

Sistema genito-urinario

Retención de orina	S	N
Dolor al orinar	S	N
Orinar frecuentemente	S	N
Otro _____		

Sistema respiratorio

Sibilancia	S	N
Tos frecuente	S	N
Falta de respiración	S	N
Otro _____		

Sistema hematológico y linfático

Glándulas inflamadas	S	N
Problemas de coagulación de la sangre	S	N
Otro _____		

Sistema psicológico

¿Está insatisfecho con su vida?	S	N
¿Se siente gravemente deprimido?	S	N
¿Ha considerado suicidarse?	S	N
Otro _____		

Política financiera de Stephen J. Miller, M.D., P.A.

Muchas gracias por escoger al Dr. Stephen Miller como su proveedor de cuidados de salud. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. A continuación aparece una declaración de nuestra política financiera que necesitamos la lea y la firme antes de darle cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben llenar nuestros formularios de información y de seguros antes de ver al doctor.

- EL PAGO VENCE AL MOMENTO DE SU CITA
- ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, CHEQUES, TARJETAS VISA/MASTERCARD O DISCOVER. EXISTE UN CARGO DE \$20.00 DÓLARES POR DEVOLUCIÓN DEL CHEQUE Y NO LE ACEPTAREMOS MÁS CHEQUES SI NOS DEVUELVEN EL CHEQUE SUYO.
- AL PACIENTE SIN UNA COBERTURA DE SEGURO O UN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN VÁLIDOS SE LE EXIGIRÁ QUE DEJE UN DEPÓSITO DE \$250.00 ANTES DE VER AL DOCTOR.
- SE LE COBRARÁ UNA SUMA DE \$25.00 POR LAS CITAS QUE SE HAYAN HECHO PARA USTED Y A LAS CUALES NO HAYA ASISTIDO, O QUE NO LAS HAYA CANCELADO 24 HORAS ANTES DE LA CITA

CONTRATO FINANCIERO:

Como cortesía para nuestros pacientes, aceptamos la cesión de los beneficios de seguros en la mayoría de los casos. Sin embargo, si exigimos que pague su copago, deducible o la suma por la cual el paciente sea responsable al momento en que se prestan los servicios. Todo deducible, copago, coporcentajes y servicios no cubiertos por su compañía de seguros constituyen responsabilidad suya al momento de su visita. Esto incluye las sumas por las visitas a la consulta, por los suministros y por los rayos X. Además, si usted no obtiene un referido para su visita, usted será responsable por el balance de la totalidad de la factura.

El adulto que acompañe a un menor y los padres (o el tutor o guardián legal del menor) son responsables por la totalidad del pago al momento de prestarse el servicio.

Las facturas médicas en las que incurra en esta consulta son responsabilidad exclusiva del paciente o del tutor o guardián legal del mismo, independientemente de su estatus de asegurado. Sé que las cuentas no pagadas se considerarán como incumplimiento de la obligación del pago después de 90 días a partir de la fecha del tratamiento. En el caso en que sea necesaria entablar acción judicial para exigir el pago de la cuenta, sé que soy responsable por todos los honorarios de abogado, procedimientos de cobro y costas judiciales. La firma a continuación indica que entiendo y acepto el presente contrato.

X _____ Fecha: _____
(Firma del paciente o parte responsable)

CESIÓN DE BENEFICIOS:

Por medio de la presente autorizo se haga el pago directamente a "Stephen J. Miller, M.D., P.A." de los beneficios que mi compañía de seguros me deba a mí. Sé que soy financieramente responsable por las sumas que no cubra la compañía de seguros. Además sé que si mi compañía de seguros me envía el pago a mí, le pagaré inmediatamente a "Stephen J. Miller, M.D., P.A."

X _____ Fecha: _____
(Firma del paciente o parte responsable)

Autorizo que se dé a conocer toda la información médica a la compañía de seguros que corresponda.

X _____ Fecha: _____

Por este medio doy mi consentimiento al tratamiento para mí o para mi hijo.

X _____ Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO POR PARTE DEL PACIENTE DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN ACERCA DE LA SALUD

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003

He recibido un ejemplar de la Notificación de Prácticas de Privacidad. La Notificación describe cómo la información acerca de mi salud puede usarse o darse a conocer en virtud de las leyes federales y estatales, y sé que debo leerla detenidamente. Estoy consciente de que se podrá cambiar la Notificación en cualquier momento, y que puedo obtener un ejemplar enmendado de la Notificación llamando al teléfono 305-668-5636 o pidiéndolo en este consultorio.

Este formulario de consentimiento le permite a Stephen J. Miller, M.D., P.A. usar y dar a conocer información sobre mí protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996). Esta información se podrá usar o dar a conocer con el fin de realizar tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de salud. Stephen J. Miller, M.D., P.A. me proporcionó dicha notificación antes de que yo firmara este formulario en conformidad con mi derecho a revisar sus prácticas antes de firmar el consentimiento.

Sé que tengo el derecho a solicitar, ahora y en el futuro, que se me haga saber cómo se ha usado o dado a conocer la información protegida de salud para realizar tratamientos, pagos y operaciones de cuidados de salud. Sé que aunque a Stephen J. Miller, M.D., P.A. no se le exija aceptar las restricciones que yo pida, si las acepta, quedará obligado por ese acuerdo.

Sé que Stephen J. Miller, M.D., P.A. podrá negarse a prestarme servicios si me niego a firmar este consentimiento.

Sé que en cualquier momento tengo el derecho a revocar este consentimiento siempre y cuando lo haga por escrito, pero que los servicios de todas formas podrán usar la información para llevar a cabo cualquier acción que hayan comenzado antes de mi revocación del consentimiento y que se basen en la información protegida acerca de mi salud.

Su nombre en letra de molde, por favor

Fecha

Firma del paciente o del representante personal

Relación o parentesco con el paciente

SOLO PARA USO DEL MÉDICO:

Usted debe llenar esta sección del formulario si el paciente o su representante no la firmó y fechó.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguridad Social: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

La fecha en que usted solicitó la firma y la fecha: _____

El motivo por el cual no se obtuvieron la firma y la fecha: _____

STEPHEN J. MILLER, M.D., P.A.

Surgery of the Hand &
Upper Extremity

Fecha _____

Se me ha informado que la oficina de Doctor Stephen J Miller, MD, PA, hará todo lo posible para programar mi MRI/CatScan/Lab Work. Sin embargo, entiendo que es mi responsabilidad en última instancia, asegurarse que la prueba se ha completado. Además entiendo la importancia de volver a la oficina del Dr. Miller para la cita con el seguimiento para discutir los resultados de la prueba.

He leído la declaración anterior y tomo responsabilidad completa de mi parte en este proceso de tratamiento.

Nombre en letra de molde

Firma de Padre Guardian

6280 Sunset Drive, Suite 200
South Miami, FL 33143
PH:(305) 668-5636/ F:(305) 668-5621
www.miamihanddoc.com

STEPHEN J. MILLER, M.D., P.A.

Surgery of the Hand &
Upper Extremity

FARMACIA

Nombre de Farmacia: _____

Dirreccion: _____

Telefono: _____

6280 Sunset Drive, Suite 200
South Miami, FL 33143
PH:(305) 668-5636/ F:(305) 668-5621
www.miamihanddoc.com