Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806
www.floridalungdoctors.com

Apellido del Paciente _____ Nombre _____Segundo Nombre_____

Fecha de Nacimiento_____ Sexo: Masculino_☐__Femenino_☐_ Estado Civil _____

Numero de Seguro Social _____ -_____-_____ Raza _____ Etnicidad_____

Direccion Postal_____Ciudad_____

Estado_____ Codigo Postal _____ Condado _____

Tel. Casa (_____)_____ Celular (_____)_____ Trabajo (_____)_____

Correo Electronico _____@_____

Tipo de Empleo ☐__No Empleado _☐_Tiempo Completo _☐_Tiempo Parcial _☐_Retirado _☐_Fecha de Retiro

Patrono_____Ocupacion_____

Medico Primario_____ Tel. _____

Quien lo/la refirio?_____

Si usted tiene cualquier archivos que pertenecen a su visita en el consultorio de otro médico, tenga que enviar por fax a través de antes de su cita

Informacion del Asegurado Principal (si no es el paciente). Si es la misma persona que es financiaramente responsible, marque aqui _____

Paciente_____Conyuge _____Padre/Madre _____Otro_____Sexo _____

Apellido_____Nombre _____Segundo Nombre_____

#SS_____-_____-_____Fecha de Nacimiento_____Tel. Casa(____)_____Celular(_____)_____

Direccion Fisica_____Ciudad_____Codigo Postal _____

Tipo de Empleo _☐_Desempleado_☐_Tiempo Completo _☐_Tiempo Parcial ☐_Retirado _☐_ Fecha de Retiro_☐_

Seguro Primario_____Secundario_____

de Poliza_____# de Poliza_____

Contacto en caso de emergencia (Padre/Madre o Guardian si el paciente es menor de edad)

Nombre_____Relacion con el paciente_____

Tel. Casa (_____)_____ Celular (_____)_____Trabajo (_____)_____

POR FAVOR TENGA A LA MANO SU TARJETA(S) DE SEGURO MEDICO Y LICENSIA DE CONDUCIR PARA ENTREGAR A LA RECEPCIONISTA. EL PAGO POR SERVICIOS PROFESIONALES DEBEN HACERSE AL MOMENTO DE RECIBIR LOS SERVICIOS.

Firma _____Fecha _____

Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806
www.floridalungdoctors.com

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre_____**Fecha de Nacimiento:**_____

Médico de Familia (PCP):	**Médico de Referencia:**

Razon por visitar el doctor hoy? _____

Cuando noto el primer síntoma de este problema? _____

Favor de indicar si tiene alguno de los siguientes?		**Favor de explicar aquí si indico que si anteriormente**
Falta de Aire	☐SI☐NO	
Silvido	☐SI☐NO	
Fiebre del Heno (Alergias)	☐SI☐NO	
Tos	☐SI☐NO	
Tos con Flema	☐SI☐NO	
Tos con Sangre	☐SI☐NO	
Fiebre	☐SI☐NO	
Cambio de Peso Recién	☐SI☐NO	
Trastorno de Dormir	☐SI☐NO	
Dificulta para Deglutir (Tragar)	☐SI☐NO	
Dolor en el Pecho	☐SI☐NO	
Presion en el Pecho	☐SI☐NO	

Usted fuma? ☐ Si ☐No **Cuanto tiempo?** _____ **# de paquetes?** _____

Fumo en el pasado? ☐ Si ☐No **Cuanto tiempo?** _____ **Cuando dejo de fumar?**_____

Alguna vez a recibido la vacuna de Pneumonia_____ **(b) la gripe?**_____
(Fecha) (Fecha)

Alguna vez ha sido diagnosticado(a) con alguno de los siguientes? (Favor de indicar la respuesta)

Si	No		Si	No	
☐	☐	Asma	☐	☐	Enfisema
☐	☐	Bronquiectasias	☐	☐	Neumotórax
☐	☐	Cáncer de Pulmón	☐	☐	Fibrosis Pulmonar
☐	☐	Neumonía	☐	☐	Cáncer
☐	☐	Los émbolos pulmonares	☐	☐	Diabetes
☐	☐	Osteoartritis	☐	☐	Enfermedad Cardíaca Valvular
☐	☐	Artritis Reumatoide	☐	☐	Enfermedad de la Arteria Coronaria (CAD)
☐	☐	Colitis	☐	☐	Insuficiencia Cardíaca Congestiva (CHF)
☐	☐	Hipertensión	☐	☐	Arritmia
☐	☐	Convulsiones	☐	☐	Las Úlceras Estomacales
☐	☐	Problemas de la Tiroides	☐	☐	Otros (sírvase describir más abajo)
☐	☐	Sarcoidosis			

Favor de explicar sobre alguna respuesta que indico si anteriormente: _____

Favor de explicar sobre alguna respuesta que indico si anteriormente: _____
_____

Favor de indicar cual(es) cirugías y o hospitalizaciones ha tenido:

Fecha	Cirugia/Hospitalizacion	Ubicación	Doctor

¿Tiene una directiva avanzada? ____☐____ testamento vital ____☐____ no resucitar ____☐____ Poder legal

Revision de Sistemas (favor de marcar la casilla si usted experimenta este sintoma)

Constitucional:

- ☐ Fatiga
- ☐ Fiebre
- ☐ Sudor Nocturno
- ☐ Perdida de peso
- ☐ Aumento de peso

Ojos:

- ☐ Necesidad de lentes
- ☐ Vision borrosa
- ☐ Vision doble
- ☐ Perdida de vision

Pulmonar:

- ☐ Falta de aire
- ☐ Silvido
- ☐ Tos

Siquiatrico:

- ☐ Depresion
- ☐ Ansiedad

Oreja, Nariz y Garganta:

- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Zumbido del oido
- ☐ Disminucion de la audicion
- ☐ Problemas dentales
- ☐ Lesion bucal
- ☐ Dificultad para deglutir
- ☐ Ronquera

Cardiaco:

- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Inflamacion de la pierna

Endocrino:

- ☐ Sed
- ☐ Intolerancia al Calor/Frio

Musculo Esqueletico:

- ☐ Problemas de espalda
- ☐ Inflamacion Articular
- ☐ Dolor en las articulaciones

Neurologico:

- ☐ Mareos
- ☐ Letargo
- ☐ Desmayos
- ☐ Debilidad
- ☐ Dificultad en hablar

Renal:

- ☐ Dolor/ardor al orinar
- ☐ Orinar frecuente

Piel y mama:

- ☐ Lesion de la piel
- ☐ Erupciones
- ☐ Masas de mama
- ☐ Descarga

Relacionado a dormir:

- ☐ Ronquido
- ☐ Sueño durante el dia
- ☐ Sueño inquieto
- ☐ Dificultad para dormir

Gastrointestinal:

- ☐ Acidez stomacal
- ☐ Diarrea
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Sangre en heces
- ☐ Hemorroides
- ☐ Perdida de apetito

Historia de la Familia: **Algun miembro de su familia alguna vez a tenido alguno de los siguientes? (Compruebe por favor)**

Emfermedad	Relacion a usted
☐ Diabetes	_____
☐ Cáncer de Pulmón	_____
☐ Cáncer	_____
☐ Presión Arterial Alta	_____
☐ Enfisema	_____
☐ Asma	_____
☐ Emfermedad Renal	_____

Alergias de medicamento:

Alergias de Comida:

Nombre de la farmacia:

Número de teléfono:

Medicamentos Actuales:

Nombre	Fuerza	La Frecuencia

_____ _____

Firma del Paciente **Fecha de hoy**

Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806
www.floridalungdoctors.com

Cuestionario de Dormir

Parte I:

Nombre:				Fecha:
Edad:	Sexo: ☐ M ☐ F	Altura:	Peso:	BMI:

Favor de circular su respuesta:

A que hora usted usualmente se va a dormer durante semana? ☐ **8 PM** ☐ **9 PM** ☐ **10 PM** ☐ **11 PM** ☐ **12AM** ☐ **1 AM** ☐ **2AM**

Cuanto tiempo despues de arecostarse decide usted dormirse?_____

Cuanto tiempo le toma para dormer?_____

En average cuantas horas duerme durante la noche?_____

INSTRUCCIONES: Favor de circular el numero de la siguiente frase que mejor describe cada cuanto usted a tenido una de las siguientes experiencias. Al menos que halla indicado, las frases se refieren a lo que ha estado pasando durante los ultimos seis(6) meses. Circular numero "1" despues de cada frase indica que usted nunca ha tenido esta experiencia mientras que circular "5" indica que usted casi siempre tiene esta experiencia.

CLAVE DE RESPUESTAS: 1= NUNCA 2 = RARA VEZ 3 = ALGUNAS VECES 4 = POR LO GENERAL 5 = SIEMPRE

Yo tendo dificulta en quedarme dormido(a)	1	2	3	4	5
Cuando me despierto durante la noche no me puedo volver a dormir	1	2	3	4	5
A la hora de dormir tengo miedo de no poder dormir	1	2	3	4	5
Yo duermo major cuando duermo fuera de mi casa	1	2	3	4	5
Pensamientos corren por mi mente cuando estoy tratando de dormir	1	2	3	4	5
Yo consumo alcohol para ayudarme a dormir	1	2	3	4	5
Yo consumo medicamentos para ayudarme a quedar dormido(a)	1	2	3	4	5
Mi sueño es perturbado por dolor	1	2	3	4	5
Estoy ansioso(a) o deprimida(o)	1	2	3	4	5
Me han dicho que ronco	1	2	3	4	5
Me han dicho que mis ronquidos se escuchan en otros cuartos en la casa	1	2	3	4	5
Me despierto de repente respirando con dificulta o asfixiado(a)	1	2	3	4	5
Me han dicho que paro de respirar en veces durante duermo	1	2	3	4	5
Tengo dolores de cabeza cuando me despierto por lamañana	1	2	3	4	5
A vecez durante el dia yo lucho por permanecer despierto(a)	1	2	3	4	5
Yo tengo problemas en el trabajo o en la escuela por somlonencia	1	2	3	4	5
Yo me he quedado dormido(a) durante el dia involuntariemente	1	2	3	4	5
A vecez durante el dia yo estoy tan cansado(a) que me encuentro hacienda cosas que no tienen sentido	1	2	3	4	5
Me hand dicho que pateo mi pierna cuando duermo	1	2	3	4	5
Mi sueño es interrunpido por sensaciones de dolor o arrastre en mis piernas	1	2	3	4	5
Me salgo de la cama ha caminar y estirar mis piernas por la incomodidad	1	2	3	4	5
Cuando me estoy despertando o quedando dormido(a), estoy despierto(a) pero me siento paralizado(a) o inmobil	1	2	3	4	5
Cuando me estoy despertando o quedando dormido(a), he sentido visiones de ensueños vivos o escucho voces	1	2	3	4	5
Tengo ataques repentinos de debilidad muscular cuando me rio, lloro o estoy bien sentimental	1	2	3	4	5
A veces camino mientras estoy dormido(a)	1	2	3	4	5
Me despierto gritando, confundido(a) o en veces violento(a)	1	2	3	4	5

Cuestionario de Dormir

Parte II: The Epworth sleepiness Scale

Que probabilidad hay en las siguientes situaciones que usted se quede dormido, en contraste ha solamente sentirse cansado(a)? Esto se refiere a la manera de vida en tiempos recientes. Aunque usted no hayga hecho una de estas cosas recien, trate de responder como le hubieran afectado. Utilize la siguiente escala para escoger el numero major apropriado para cada situacion.

CLAVE DE RESPUESTAS: **0 = NUNCA ME QUEDARIA DORMIDO (A)**
1=POCA PROBABILIDAD DE QUEDAR DORMIDO(A)
2 = PROBABILIADAD MODERADA DE QUEDAR DORMIDO(A)
3 = ALTA PROBABILIDAD DE QUEDARME DORMIDO(A)

SITUACION	PROBABILIDAD DE QUEDARME DORMIDO(A)			
1. Sentado(a) y leyendo	0	1	2	3
2. Viendo television	0	1	2	3
3. Sentado(a) inactive(a) en un lugar public (ie. Teatro o reunion)	0	1	2	3
4. Como pasajero(a) en un vehiculo por una hora sin descanso	0	1	2	3
5. Acostado para descansar por la tarde cuando las circumstancias lo permiten	0	1	2	3
6. Sentado(a) y platicando con alguien	0	1	2	3
7. Sentado(a) tranquilamente despues de un almuerzo sin bebida alcoholica	0	1	2	3
8. En un vehiculo, mientras espero por unos minutos en trafico	0	1	2	3

Parte III: Por favor, conteste las siguientes preguntas:

Usted trabaja turnos o horarios irregulares? Si su respuesta es si por favor explicar aqui:_____

_____

Existe historia de problemas de dormir en su familia? Si su respuesta es si por favor explicar aqui:_____

_____

Parece que duerme mejor en momentos diferentes en comparacion a la mayoria de personas quien usted conoce? Si su espuesta es si por favor explicar aqui:_____

_____

Usted tuvo problemas durante su niñez? Por ejemplo, sonambulismo, pesadillas, etc) Si su respuesta es si por favor explicar aqui:_____

_____

Usted toma bebidas cafeinadas (café, te o cola) Si su respuesta es si favor de indicar cuantas por dia?_____

_____

Usted ha tenido historial emocional o problemas siquiatricos? Si su respuesta es si por favor explicar aqui:_____

_____

Hay otros problemas que desea platicar con el doctor? Si su respuesta es si por favor explicar aqui:_____

_____

Usted muele sus dientes? ☐ **Si** ☐ **No**

Tiene tos nocturna cronica? ☐ **Si** ☐ **No**

Tiene agruras o reflujo? ☐ **Si** ☐ **No**

Se cae de la cama? ☐ **Si** ☐ **No**

Padece de contraccion de piernas o piernas inquietas? ☐ **Si** ☐ **No**

Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806
www.floridalungdoctors.com

STOP BANG Cuestionario

Nombre: _____ Edad:_____ Fecha de hoy: _____

Altura: _____ pulgadas Peso: _____ libras BMI _____

Tamaño de cuello de la camisa: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

Circunferencia del Cuello (medido por el personal) _____ pulgadas

Por favor marque sí correctas o no a las siguientes preguntas:

Snoring: Usted ronca voz alta (más que hablar o lo suficientemente fuerte como para ser escuchado a través de puertas cerradas)? ☐ Sí ☐ No

Tired: Se siente cansado, fatigado o somnoliento durante el día? ☐ Sí ☐ No

Observed: Alguien ha observado usted deja de respirar durante el sueño? ☐ Sí ☐ No

Blood ***P***ressure: Tiene usted o usted está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta? ☐ Sí ☐ No

BMI: más de 25? ☐ Sí ☐No

Age: Edad más de 50 años? ☐ Sí ☐ No

Neck: Circunferencia del cuello superior a 15.75 pulgadas? ☐ Sí ☐ No

G*ender:* Género, masculino? ☐ Sí ☐No

*Circunferencia del cuello se mide por el personal

Alto riesgo de apnea obstructiva del sueño = contestar "sí" a 3 o más preguntas
Bajo riesgo de apnea obstructiva del sueño = contestar "sí" a menos de 3 preguntas

Adaptado de:
STOP Questionnaire: A Tool to Screen Patients for Obstructive Sleep Apnea
Frances Chung, F.R.C.P.C., Balaji Yegneswaran, M.B.B.S., Pu Liao, M.D., Sharon A. Chung, Ph.D., Santhira Vairavanthan, M.B.B.S., Sazzadul Islam, M.Sc., Ali Khajehdehi, M.D., Colin M. Shapiro, F.R.C.P.C.
Anesthesiology 2008; 108:812-21 Copyright 2008, the American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806
www.floridalungdoctors.com

Revise y proporcionar firma

Reconocimiento Escrito de Recibo del Aviso Sobre Practicas de Privacidad de Florida Lung, Asthma & Sleep Specialties, P.A.

Al firmar este Reconocimiento Escrito, reconozco que recibi el Aviso Sobre Practicas de Privacidad de FLASS.

_____
Firma del Paciente o Representante Legal

_____
Nombre Impreso del Paciente o Representante Legal

_____
Relacion con el Paciente

_____
Fecha

NO se obtuvo el Reconocimiento porque:

☐ El paciente o su representante legal se rehuso a recibir el Aviso Sobre Practicas de Privacidad.

☐ El paciente recibio el Aviso Sobre Prac?cas de Privacidad pero se rehuso a firmar el Reconocimiento.

☐ Otro (describa brevemente) _____

_____

_____
Firma del Empleado

_____
Nombre Impreso del Empleado

_____
Fecha

Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806
407.507.2615 Office – 407.507.2616 Fax
www.floridalungdoctors.com

HIPAA Información y Formulario de Consentimiento

La portabilidad de seguro de salud y Accountability Act (HIPAA) establece salvaguardias para proteger su privacidad. Aplicación de los requisitos de *HIPAA* comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han sido nuestra práctica desde hace años. Esta forma es una versión "amigable". Un texto más completo está disponible en la oficina.

Lo que se trata todo esto: En concreto, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de *su Información de Salud Protegida (PHI)*. Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para ofrecerle servicios de oficina. *HIPAA* provee ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de ofrecerle un servicio profesional de calidad y cuidado. Información adicional está disponible en el *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.*. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial excepto cuando sea necesario para proporcionar los servicios o para asegurar que todas las cuestiones administrativas relacionadas con su atención se manejan adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros profesionales de la salud, laboratorios, pagadores de seguros de salud que es necesario y apropiado para su cuidado. Expedientes de los pacientes pueden ser almacenados en bastidores de archivos abiertos y no contienen ningún tipo de codificación que identifica condiciones o información que no es ya un asunto de interés público de un paciente. El curso normal de la prestación de atención significa que tales registros se pueden dejar, al menos temporalmente, en las áreas administrativas, tales como la oficina, salas de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de la oficina. Usted está de acuerdo con los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, *PHI* y otros documentos o información.
2. Es la política de esta oficina para recordar a los pacientes de sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo de EE.UU. o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicitado por usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que le informa de los cambios en la política de la oficina y las nuevas tecnologías que se pueden encontrar, objetos valiosos seguros o informativos, y artículos relacionados con su atención clínica, tales como: laboratorio y patología, los resultados de los resultados del diagnóstico, entre otros.
3. Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de los documentos que pueden incluir PHI por las agencias del gobierno o los pagadores de seguros en tareas normales de funcionamiento.
4. Usted se compromete a aportar cualquier inquietud o queja sobre privacidad para la atención de la gerente de la oficina o el médico.
5. Estamos de acuerdo en proporcionar paciente con el acceso a sus archivos médicos de acuerdo con las leyes estatales y federales.
6. Podemos cambiar, añadir, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto del paciente y la práctica.
7. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información protegida de la salud y para solicitar el cambio de ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su *PHI*. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su petición.
8. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información protegida de la salud y para solicitar el cambio de ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su *PHI*. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su petición.
9. Autorizo a las siguientes personas para poder recibir información sobre mi estado de salud:

_____ Relación_____

_____ Relación_____

_____ Relación_____

Yo, _____, por este medio consentir y reconocer que estoy de acuerdo con los términos establecidos en el *Formulario de Información HIPAA* y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento en adelante.

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806
www.floridalungdoctors.com

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION O TRATAMIENTO

Por la presente, el abajo firmante permite la evaluacion medica o el tratamiento que el proveedor de salud asignado determine necesario para el paciente nombrado anteriormente.

_____ _____

PACIENTE, PADRE/MADRE, GUARDIAN LEGAL, REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA

ASIGNACION DE SEGURO

Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a Florida Lung, Asthma & Sleep Specialists, P.A. Entiendo y estoy de acuerdo de que, independientemente del estatus de mi seguro, yo soy responsanble por el balance en mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido.

_____ _____

PACIENTE, PADRE/MADRE, GUARDIAN LEGAL, REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA

PARA PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE

FIRMA DE AUTORIZACION PARA MEDICARE PARTE B – DE POR VIDA

Certifico que la informacion que he brindado para solicitar pago bajo el Titulo XVIII del Social Security Act es correcta. Autorizo a cualquier persona que tenga informacion medica u de otra indole sobre mi que entregue a la Administracion de Seguro Social, sus intermediarios o compañias aseguradoras cualquier informacion necesaria para esta reclamacion de Medicare o cualquier reclamacion relacionada. Concedo permiso para usar una copia de esta autorizacion en lugar del documento original. Solicito que el pago por los servicios autorizados se haga en representacion mia. Le asigno el beneficio de pago por servicios medicos al medico u organizacion que provea los servicios o autorizo a dicho medico u organizacion una reclamacion a Medicare para que you reciba el pago.

_____ _____

NOMBRE DEL PACIENTE FIRMA DEL PACIENTE

_____ _____

MEDICARE B FECHA

DECLARACION DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Comprendo que los terminos de cualquier Declaracion de Voluntades Anticipadas que yo haya ejecutado seran llevados a cabo por la facilidad de cuidado de salud y mis proveedores de cuidado segun lo permita la ley. Por favor seleccione un a de las siguientes declaraciones:

☐ Yo HE EJECUTADO una Declaracion de Voluntades An?cipadas.
(Testamento en Vida, Poder Legal Duradero, Designacion de un Subrogado del Cuidado de la Salud.) Por favor provea a la Recepcionista una copia de su Declaracion de Voluntades Anticipadas/Testamento en Vida para ser incluido en su expediente medico.

☐ Yo NO HE EJECUTADO una Declaracion de Voluntades Anticipadas.
(Testamento en Vida, Poder Legal Duradero, Designacion de un Subrogado del Cuidado de la Salud.)

_____ _____

FIRMA FECHA

Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806
www.floridalungdoctors.com

SU SEGURO DE SALUD

Como ustedes saben, los cambios significativos se están produciendo actualmente en la industria del cuidado de la salud.

Cientos de empresas de atención individual cada uno ofrecen múltiples planes, cualquiera de los cuales pueden alterar su cobertura en cualquier momento. Nosotros tratamos de estar al día, pero es prácticamente imposible estar al tanto de los detalles de cada plan, especialmente cuando cambian de repente y sin previo aviso.

Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros antes de su visita para asegurar que somos proveedores de la red para su plan en particular. Por favor, proporcione la compañía de seguros con nuestro número de NPI 1316228364. También, por favor sea consciente de su deducible y el copago, así como si su plan cubre ningún servicio en particular sobre el que es posible que tenga una pregunta.

Su seguro de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted, como titular de la póliza, es el responsable de las cuestiones relativas a su cobertura de seguro. Nosotros le ayudaremos lo mejor que podamos con la pregunta que usted pueda tener acerca de su plan.

Por favor reconozca que su comprensión del contenido de esta nota por mis iniciales aquí _____.

Háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

Gracias.

Florida Lung, Asthma & Sleep SPECIALISTS

2940 Mallory Circle, Suite 204 - Celebration, FL 34747 – Fax: 407-507-2616
4553 Pleasant Hill Road – Kissimmee, FL 34759 – Fax: 407-910-4759
717 East Michigan Street – Orlando, FL 32806 - Fax: 407-515-8584
www.floridalungdoctors.com – Phone: 407-507-2615

AUTORIZACION PARA EL USO Y/O LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (EXPEDIENTE MEDICO)

Rellene todos los campos

SECCION A: Debe ser completada para TODAS las autorizaciones

Al firmar esta Autorizacion, estoy autorizando y permitiendo el uso y/o divulgacion de mi informacion medica protegida(expediente medico) para el proposito que se detalla en este documento. Yo comprendo que esta autorizacion es completamente voluntaria y que la estoy firmando por voluntad propria.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Direccion Residencial:_____ Ultimo 4 # del Seguro Social_____

Proveyendo/Recibiendo esta informacion (circule uno)

Florida Lung, Asthma & Sleep Specialists, PA
Fortune Alabi, MD, Fred Umeh, MD, Maximo Lama, MD,
Irtza Sharif, MD, Don Elton, MD, Nelson Medina-Villanueva, MD

Proveyendo/Recibiendo esta informacion (encierre en un círculo y escriba el nombre / organización en la casilla de abajo)

FAVOR DE ENVIAR LO SIGUIENTE:

Expediente Medico, Resultados de Examenes, Laboratorios y otros documentos que son pertinentes a mi cuido medico en esta oficina.

Las siguientes casillas deben tener sus iniciales para ser incluidas en el uso y/o divulgacion de su informacion medica.

_☐_ Informacion de salud y/o expedients relacionados a VIH/SIDA.
_☐_ Informacion y/o expedients relacionados a la salud mental.
_☐_ Informacion y/o expedients relacionados a pruebas geneticas.
_☐_ Diagnostico de droga/acohol, tratamiento y o informacion de referido (Las regulaciones Federales requieren una descripcion de la cantidad de informacion y el tipo de informacion que sera divulgada. La ley Federal prohibe la divulgacion de dicha informacion.

SECCION B:

1. **Funcionarios deben completar lo siguiente/Staff must complete the following:**
   a. **Cual es el proposito de uso o divulgacion? (Indique uno)**
   _☐_ Al pedido del paciente o el representante legal/At the patient's request or legal representative's request:
   _☐_ Otro (describa): _____
2. **El paciente o el representante debe leer y poner iniciales en las siguientes frase.**
   a. **Yo comprendo que mi cuido medico y el pago por mi cuido medico NO sera afectado si yo NO firmo este formulario. Iniciales_____**
   b. **Yo comprendo que puedo ver y copier la informacion describida en esta forma si lo deseo y puedo pedir una copia de esta formulario despues de firmarlo. Iniciales_____**

SECCION C: Debe ser completada para todas las autorizaciones

Yo comprendo que esta Autorizacion no se vencera al menos yo de aviso a su oficina. Iniciales _____

X FIRME AQUI:_____FECHA:_____

Firma de el paciente o Representante

Imprima el nombre de el representante de el paciente:_____

Relacion a el paciente:_____

Razon por la cual un representante de el paciente a firmado la autorizacion:_____