

Bienvenido a Comprehensive Physician Services!

Somos una consulta multi-disciplinaria que se *especializa* en la atención de víctimas de lesiones. Nuestros Quiroprácticos, Médicos, Enfermeros/Asistentes Médicos (CMA Certified Medical Assistants) y Especialistas en Terapia de Masajes trabajan en conjunto para rehabilitar a nuestros pacientes logrando la máxima mejoría médica. Nos anticiparemos a las necesidades de nuestros pacientes y nos comprometemos a brindarles una amplia variedad de tratamientos para beneficiar todo tipo de lesiones.

Ud. ha dado el primer paso en su rehabilitación al elegir nuestra consulta para atender sus necesidades. Cada paciente es igualmente importante para nosotros por lo que con la intención de establecer una relación en el largo plazo con Ud., a continuación le presentamos algunos puntos que nos ayudarán a guiarlo en su tratamiento.

REGISTRACIÓN

Al llegar, regístrese. Lo llamarán por orden de cita. Otros pacientes que son tratados por otros médicos podrán ser llamados antes que Ud. si el médico de ellos se encuentra disponible, no porque se los reciba fuera de su turno.

HORARIOS

La oficina y los médicos tienen horarios específicos. El personal de la Oficina Médica programará sus citas de acuerdo con ellos. En caso de necesitar solicitar un horario especial para una cita, hable con el personal de la oficina y haremos lo posible por ajustarnos a sus necesidades.

PÉRDIDA O CAMBIO DE CITAS

Se evalúa cada paciente y se le da un tratamiento específico que beneficiará al máximo sus lesiones. Se requiere una cierta cantidad de tratamientos en una cantidad específica de tiempo para que podamos obtener los resultados que ambos deseamos. Si necesita cambiar la hora de su cita, planifique venir en otro horario del mismo día. Si no es posible el mismo día, asegúrese de compensar la cita perdida dentro de una semana. Por favor, sea responsable y llame a nuestro personal si no puede asistir a su cita o si va a llegar tarde. Si está retrasado para una cita y no ha llamado, le pedirán que aguarde hasta que haya un horario libre.

PÓLITICA DE LA OFICINA

Sin importar quién sea la parte responsable, se establecerá un reclamo a su compañía de seguros según la Ley de Florida. Contacte a su agente e infórmelo acerca de su atención en esta oficina y haga que todos los formularios sean enviados aquí directamente. Es su responsabilidad brindarnos la información de la cobertura del vehículo en el que se encontraba en el momento del accidente. Si Ud. realiza un reclamo contra la póliza de responsabilidad civil de otro vehículo y lo representa un abogado le enviaremos a él copia de las facturas y registros.

Ud. es personalmente responsable de la factura, pero no se le requerirá que pague en el momento del servicio siempre y cuando le estemos facturando a su compañía de seguros y/o abogado y los formularios de gravámenes hayan sido firmados por Ud., garantizando que nos pagarán en el momento en que se llegue a un acuerdo en cuanto a su caso. Esto lo hacemos como algo conveniente para Ud.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

*Toda medicación que le recete el médico hoy deberá tomarla según la receta. **NO PODEMOS** repetir recetas antes de que sea la fecha correspondiente.

*Si uno de nuestros médicos le receta una medicación que Ud. considera no le funciona, podremos **PEDIRLE** que traiga la **PORCIÓN NO UTILIZADA** de la medicación a nuestra oficina antes de que le receten otra medicación. Si no lo hace, es probable que **NO LE RECETEN** otra medicación.

*Si roban su receta y solicita a nuestros médicos una nueva receta, Ud. **DEBERÁ** presentar en nuestra oficina copia del informa policial **ANTES** de que le entreguemos una nueva receta. Sin el informe, nuestra oficina **NO** le hará una receta hasta la fecha correspondiente.

*No se entregará medicación (nueva o recambio) durante la noche o durante el fin de semana. La medicación sólo puede ser solicitada por su médico durante el horario comercial normal cuando se puede acceder a su expediente.

*En el caso de que lo refieran a Control del Dolor, nuestra oficina **YA NO** le entregara medicación. **DEBERÁ** obtenerla de la oficina de Control del Dolor.

Comprehensive Physician Services, Inc.

Formulario de Admisión de Pacientes

Oficina: Tampa ___ St. Pete ___ Riverview ___ Lakeland ___ Spring Hill ___

Nombre del Paciente: _____ #Seg Soc: _____

___ AVAm ___ R/C ___ C/T ___ LP ___ Otro / Conductor ___ Pasajero ___ Peatón ___
___ Motocicleta ___ Bicicleta Si era pasajero, el vehículo pertenecía a: Paciente ___ Otro ___
Fecha: ___/___/___ Fecha de Lesión: ___/___/___ El accidente se relaciona con su
trabajo? Sí ___ No ___

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Tel. del hogar: _____ Tel. laboral/celular: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: M ___ F ___

Estado donde ocurrió el accidente: _____ Estado Civil: C S D V

En la actualidad lo atiende un médico por esta lesión? Sí ___ No ___

Si responde sí, por favor mencione instalación /médico y número de teléfono:

Le hicieron rayos **X**? Sí ___ No ___ **Resonancia Magnética**? Sí ___ No ___ **Tomografía
Computada**? Sí ___ No ___

Médico de Atención Primaria: _____ Tel: _____

Nombre del Abogado: _____ **Tel:** _____

Dirección del Abogado: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **CP:** _____

**Por favor presente para fotocopiar su licencia de conducir, Tarjeta del Seguro Automotor,
Tarjeta del Seguro Médico e Informe del Accidente. Gracias.**

Sólo para Uso de la Oficina
Se solicitó Carta de Protección: Sí ___ No ___ , Fecha: _____ Recibida: _____
Se envió AOB: Sí ___ No ___ , Fecha: _____
Carta de Intención para Facturar enviada: Sí ___ No ___ , Fecha: _____
Recibida: _____

Solicitud de Beneficios – Protección contra Lesiones Personales

(Por favor complete el presente formulario para permitirnos determinar si le corresponden beneficios según la ley de protección contra lesiones personales.)

Fecha _____ Titular de Póliza _____ FDL _____ Reclamo# _____

Su nombre _____ Fecha de Nac. _____ #Casa _____

Su Dirección _____ #Asunto _____

Fecha y Hora del Acc. _____ Lugar del Acc. _____ #SS _____
Descripción Breve del Acc. _____

En el momento del Accidente: Ud. conducía el automóvil del titular de la póliza? Sí__ No__ Ud. era pasajero en el automóvil del titular de la póliza? Sí__ No__ Ud. era un peatón? Sí__ No__

Pertenece al hogar del titular de nuestra póliza? Sí__ No__ Relación con el titular de la póliza _____
Como resultado del accidente, fue lesionado? Sí__ No__ Si la respuesta es sí, por favor complete el resto del formulario. Si es No, Firme aquí y devuélvanos el formulario.

Firma: _____

Describa su lesión:

Lo trató un Médico? Sí__ No__ Fecha del Primer tratamiento _____ Si lo atendieron en el hospital:
Paciente Hospitalizado__ Externo__
Nombre y dirección del Médico:

Nombre y Dirección de Hospitales:

Cantidad de facturas a la fecha _____ Tendrá más gastos médicos? Sí__ No__ Tenía empleo en el momento del accidente? Sí__ No__
Perdió tiempo laboral? Sí__ No__ Si responde sí. Monto perdido: \$ _____ Sueldo o salario semanal promedio: \$ _____
Si perdió tiempo: Fecha de comienzo de la incapacidad ___/___/___ Fecha de regreso al trabajo ___/___/___

Ha recibido o es elegible para beneficios de:

- 1) Ley de Compensación de Trabajadores? Sí__ No__ Si responde sí, monto: \$ _____
- 2) Empleo del Gobierno de EE UU? Sí__ No__ ___ por semana ___ por mes
- 3) Ejército? Yes__ No__

Liste nombre y direcciones de sus empleadores en el momento del accidente y mencione ocupación y fechas de empleo

Dirección del Empleador _____ Ocupación _____ desde el _____ hasta el _____

Dirección del Empleador _____ Ocupación _____ desde el _____ hasta el _____

Toda persona que llene un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado. Declaro que los hechos presentados en el presente son verdaderos y completos según mi leal entender y que no se ha intentado ocultar información ni engañar a ninguna compañía de seguros.

Firma _____ Fecha ___/___/___

Comprehensive Physician Services, Inc.

2604 W Waters Ave
Tampa, FL 33147
(813)879-6200 Fax (813)876-9243

Oficina: Tampa ___ St. Pete ___ Riverview ___ Lakeland ___ Temple Terrace ___ Largo ___
New Port Richey ___ Palm Harbor ___ Plant City ___

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

FDL: _____ Reclamo # _____

CESIÓN DE BENEFICIOS/DERECHOS DE PÓLIZA/AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Por medio del presente cedo, de todas las pólizas automotrices que brindan beneficios médicos o beneficios sin culpa, todo derecho, título e interés a Comprehensive Physician Services, Inc. (“el Cesionario”) de pago por los servicios a mí provistos tanto por motivo de accidente como enfermedad. En el caso de que mi compañía aseguradora no pague al Cesionario la cantidad total debida al Cesionario tras el debido aviso reglamentario, cedo por medio del presente instrumento, además, todo derecho y causa de acción reconocidos en el contrato, por responsabilidad extracontractual y en las Leyes de Florida, contra el portador de protección contra lesiones personales para el asegurado/paciente mencionado anteriormente por su incumplimiento del pago de los servicios a mí provistos por el cesionario relacionados con accidente o enfermedad. Esta cesión podrá ser rescindida/ reasignada sólo por consentimiento mutuo del paciente/asegurado/cedente y proveedor de atención médica/cesionario.

RESERVA DE BENEFICIOS

Por favor tenga presente que por medio del presente lo pongo en aviso según jurisprudencia de Florida de que en caso de negar, reducir o incumplir el pago de parte o de la totalidad de una factura, presentada a mi nombre de parte de este proveedor de atención médica, solicito que reserve, o mantenga aparte, la cantidad mencionada hasta la resolución de la disputa. Además, en caso de que la cantidad pendiente de cualquier beneficio se aproxime a una cantidad para la cual no existan fondos suficientes para pagar la cantidad reducida, negada o incumplida, o si mis beneficios se agotaran, por favor tengan a bien notificarme de inmediato a mí y al mencionado proveedor de atención médica acerca de este hecho.

INSTRUCCIÓN DE PAGO/ REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio del presente autorizo a toda compañía aseguradora o abogado a pagar directamente al Cesionario la cantidad correspondiente a esta factura/futuras facturas por servicios a mí prestados. Además acepto pagar de manera habitual toda diferencia entre la totalidad de honorarios y la cantidad pagada por la compañía aseguradora directamente al Cesionario. Por medio del presente autorizo al Cesionario a revelar toda información solicitada pertinente a mi caso a toda compañía aseguradora o abogado involucrados en este caso. Según FS 627.4137, solicito por medio del presente que la compañía aseguradora brinde al Cesionario copia del registro de pago Protección contra Lesiones Personales (PIP) y toda póliza de seguros o declaración que se encuentren disponibles. Por medio del presente otorgo al Cesionario permiso para solicitar y recibir periódicamente copia actual de mi registro de pago de Protección contra Lesiones Personales según lo consideren necesario. La fotocopia de esta cesión se considerará tan válida y efectiva como la original.

Firma del Paciente o tutor del paciente

Fecha

Comprehensive Physician Services, Inc.

2604 W Waters Ave
Tampa, FL 33614
(813)879-6200 Fax (813)876-9243

Oficina: Tampa ___ St. Pete ___ Riverview ___ Lakeland ___ Temple Terrace ___
Largo ___ New Port Richey ___ Palm Harbor ___ Plant City ___

Nombre del Paciente: _____

**Autorización para obtener Pagos en Efectivo por Protección contra
Lesiones Personales (PIP)/ Pagos de Explicación de Beneficios (EOB)**
Solicitud bajo sección S.627.736(7)

Póliza# _____

Reclamo# _____

Yo, _____ autorizo a mi portador de Seguros de Protección
contra Lesiones Personales a brindar de inmediato una explicación de pago por
Protección contra Lesiones Personales a **Comprehensive Physician Services, Inc.**
Autorizo además que se incluya una Explicación de Beneficios (Explanation Of Benefits
EOB) con cada pago a esta oficina médica.

Firma del Paciente

Fecha

Se adjunta Cesión de Beneficios del Paciente

Comprehensive Physician Services, Inc.

2309 W. Martin Luther King Blvd, Hab. #5
Tampa, FL 33607
(813)879-6200 Fax (813)876-9243

Oficina: Tampa ___ St. Pete ___ Riverview ___ Lakeland ___ Temple Terrace ___ Largo ___
New Port Richey ___ Palm Harbor ___ Plant City ___

Nombre del Paciente: _____

GRAVAMEN IRREVOCABLE DEL DOCTOR

Nombre y Dirección del abogado: _____

Por medio del Presente autorizo a Comprehensive Physician Services, Inc, a suministrar a Ud., mi abogado, un informe completo de mi historial, exámenes, diagnosis, tratamiento y prognosis relacionados con mi accidente/enfermedad que ocurrió/comenzó el _____.

Por medio del presente e irrevocablemente instruyo a Ud. mi abogado, que pague directamente a COMPREHENSIVE PHYSICIAN SERVICES, INC., sumas pagaderas y adeudadas por servicios profesionales prestados por motivo de este accidente y toda otra factura pagadera a esta oficina y que sean necesarias adecuadamente para proteger a Comprehensive Physician Services, Inc. Por medio del presente, además, hago cualquier acuerdo legal, juicio o veredicto pagable a Ud., mi abogado, o a mí mismo como resultado de las lesiones por las que he sido tratado o lesiones relacionadas con las mismas.

Comprendo que soy directa y absolutamente responsable ante Comprehensive Physician Services, Inc. por todas las facturas profesionales por ellos presentadas por servicios a mí prestados, y el presente acuerdo se hace solamente para protección adicional de las instalaciones mencionadas y en consideración de pago. Comprendo además que tal pago no está sujeto al cobro de los mencionados honorarios.

Firma del Paciente/Cliente

Fecha

Entiendo que en caso de que mi abogado no coopere, Comprehensive Physician Services, Inc. no aguardará el pago, sino que declarará el saldo completo pagadero.

El abajo firmante siendo el abogado del paciente mencionado, acuerda por medio del presente cumplir con los términos mencionados y acepta retener tales sumas de todo acuerdo legal, juicio o veredicto según sea necesario para proteger adecuadamente a Comprehensive Physician Services, Inc.

Firma del Abogado

Fecha

Comprehensive Physician Services, Inc.

2604 W Waters Ave
Tampa, FL 33614
(813)879-6200 Fax (813)876-9243

Oficina: Tampa ___ St. Pete ___ Riverview ___ Lakeland ___ Temple Terrace ___
Largo ___ New Port Richey ___ Palm Harbor ___ Plant City

Nombre del Paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA BRINDAR UNA CARTA DE PROTECCIÓN

Comprehensive Physician Services, Inc. ha solicitado una Carta de Protección por cada saldo que se adeude al presente doctor o instalación en el momento en que mi caso se resuelva. El saldo adeudado se deducirá de las ganancias de tal acuerdo, con posterioridad a las deducciones de honorarios y costos de abogados. Por supuesto, en el caso de que no se obtenga recuperación alguna, seré responsable del pago de esta cuenta.

Autorizo a mi abogado a entregar la Carta de Protección mencionada anteriormente.

Firma del Paciente/cliente

Fecha

Comprehensive Physician Services, Inc.

2604 W Waters Ave
Tampa, FL 33614
(813)879-6200 Fax (813)876-9243

Oficina: Tampa ___ St. Pete ___ Riverview ___ Lakeland ___ Temple Terrace ___
Largo ___ New Port Richey ___ Palm Harbor ___ Plant City ___

Nombre del Paciente: _____

Cesión de Beneficios al Paciente

Yo, _____ me encuentro en búsqueda de un tratamiento médico por lesiones sufridas en un accidente con un vehículo motorizado el, _____ / _____ / _____.

No cuento con seguro de Protección contra Lesiones Personales propio. El Sr. / La Sra. _____ tiene un seguro automotor con _____, Póliza # _____, Reclamo# _____, y reúno los requisitos estatales solicitados, S.627.733 para ser cubierto por la póliza.

Firma del Paciente

Fecha

Yo, _____, titular de la póliza, autorizo a la persona mencionada anteriormente a utilizar el seguro de mi vehículo para presentar un reclamo médico por el accidente con un vehículo motorizado mencionado anteriormente, Póliza# _____, Reclamo# _____.

Firma del Titular de la Póliza

Fecha

Comprehensive Physician Services, Inc.

2604 W Waters Ave
Tampa, FL 33614
(813)879-6200 Fax (813)876-9243

Oficina: Tampa ___ St. Pete ___ Riverview ___ Lakeland ___ Temple Terrace ___
Largo ___ New Port Richey ___ Palm Harbor ___ Plan City ___

Explicación de Responsabilidad Financiera, según las Leyes de Florida sobre Protección contra Lesiones Personales

1) Si Ud. posee una póliza con un deducible:

Ud., el paciente, es responsable de pagar su deducible.

En caso de que tenga un abogado que lo representa en su caso la porción del deducible será parte del acuerdo al finalizar su caso, siempre que su abogado nos entregue una Carta de Protección.

2) Si Ud. ha optado por una póliza que pague un porcentaje de los cargos médicos:

Ud., el paciente, es responsable de pagar el porcentaje no pagado por su seguro.

En caso de que tenga un abogado que lo representa en su caso la porción del porcentaje será parte del acuerdo al finalizar su caso.

3) En caso de no estar representado por un abogado y que deba enfrentarse con una dificultad económica por favor notifique a un miembro de personal.

He leído y comprendido la información anterior

Firma del Paciente

Fecha

Comprehensive Physician Services, Inc.

2604 W Waters Ave
Tampa, FL 33614
(813)879-6200 Fax (813)876-9243

Oficina: Tampa ___ St. Pete ___ Riverview ___ Lakeland ___ Plant City ___ Palm Harbor ___
Largo ___ New Port Richey ___ Temple Terrace ___

AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

Información para ser utilizada o revelada:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

de Seguro Social ____ - ____ - ____

Descripción de información para ser utilizada/revelada _____
(fechas de visita, tipos e informes) _____

Nombre de persona u Organización _____
(nombre de instalación u hospital que revela la información)

Personas ante quienes se revelará información _____
(nombre de persona u organización)

Motivo de la Solicitud _____
(por ejemplo legal, atención médica continua, personal, etc.)

Fecha de expiración de la autorización:
Esta autorización es efectiva hasta ____ / ____ / ____ a menos que sea revocada o finalizada por el paciente o el representante personal del paciente.

Derecho a finalizar o revocar la cesión:
Ud. podrá revocar o finalizar esta autorización presentando una revocación escrita ante Comprehensive Physician Services, Inc.

Ud. tiene derecho a recibir un relato de ciertas revelaciones que hemos realizado de la información protegida de su salud, en caso de que las haya.

La información revelada bajo esta autorización podrá ser revelada nuevamente por la persona o la organización a la cual se envía. La privacidad de esta información puede no estar protegida por las Regulaciones Federales de la Privacidad.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente

Relación del Representante con el Paciente

Notificación de garantía de conformidad para nuestros pacientes

Comprehensive Physician Services, Inc

A nuestros apreciados pacientes:

El mal uso de la Información Personal de Salud (Personal Health Information PHI) se ha identificado como un problema nacional que ha provocado a los pacientes inconvenientes, agravación y pérdida de dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, gerentes y médicos se capacitan de manera constante para poder comprender y cumplir con las reglas y regulaciones gubernamentales en cuanto a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act HIPAA) con especial énfasis en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos por lograr los mayores estándares de ética e integridad al brindar servicios a nuestros pacientes.

Es nuestra política determinar adecuadamente el uso apropiado de la Información Personal de Salud de acuerdo con las reglas, leyes y regulaciones gubernamentales. Queremos garantizar que nuestra práctica jamás contribuya de manera alguna al creciente problema de revelación impropia de la Información Personal de Salud. Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de Conformidad que creemos nos ayudará a prevenir todo uso inapropiado de la Información Personal de Salud.

También sabemos que no somos perfectos. Debido a esto, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y a nuestros pacientes sin idea alguna de penalización si sienten que alguna situación compromete nuestra política de integridad. Es más, su aporte en cuanto a cualquier problema con el servicio es bienvenido de manera tal de que podamos solucionar la situación lo antes posible.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes más apreciados.

Formulario de Consentimiento del Paciente

El Departamento de Servicios de la Salud ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudarnos a garantizar que la información personal de la salud sea protegida con fines de privacidad. La Regla de Privacidad se creó también para brindar un estándar para ciertos proveedores de atención de la salud para obtener el consentimiento de sus pacientes para uso y revelación de información relacionada con la salud acerca de los pacientes para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud.

Como nuestro paciente queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo que podamos para asegurar y proteger esta privacidad. Cuando es apropiado y necesario, suministramos la información mínima necesaria sólo a aquellos que creemos necesitan la información de atención de su salud acerca de tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud, para brindarle atención sanitaria en su propio beneficio. Nos gustaría informarle que algunos de los tratamientos podrán realizarse en un ambiente abierto y en caso de que prefiera un entorno más privado deberá informarnos y haremos todo lo posible para cumplir con su deseo.

También queremos que sepa que apoyamos su acceso a sus registros médicos personales. Podrá haber relaciones de tratamiento indirecto con Ud. (tales como laboratorios que sólo interactúan con médicos y no con pacientes), y deberemos revelar información personal de salud con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. Estas entidades por lo general no requieren el consentimiento del paciente. Además, nos gustaría que supiera, que no revelamos ni vendemos información a quienes realizan ventas por teléfono, a empresas de servicios de correo ni a vendedores de comercio por Internet.

Ud. podrá negarse a consentir el uso o a la revelación de la información personal sobre su salud, pero deberá hacerlo por escrito. Según esta ley, tenemos el derecho a negarnos a atenderlo si Ud. decide negarse a revelar Información Personal de su Salud (Personal Health Information PHI).

Si Ud. elige prestar consentimiento en este documento, en el futuro Ud. podrá solicitar rechazar toda o parte de la Información Personal de su Salud. Podrá revocar acciones que ya se hayan realizado que dependieran del presente o de un consentimiento previamente firmado.

Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor solicite hablar con nuestro funcionario de Conformidad con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos.

Ud. tiene el derecho de revisar nuestra nota de privacidad. Al firmar debajo acusa recibo de copia de la Notificación de Garantía de Conformidad y aceptación de esta política de privacidad.

Letra de Molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos)

Comprehensive Physician Services, Inc

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y LIBERA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO UD. PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CON CUIDADO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo utilizamos y revelamos la información protegida de su salud (protected health information PHI) para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud (treatment, payment or health care operation TPO) y para los fines permitidos o requeridos por ley. Describe además sus derechos a acceder y controlar la información protegida sobre su salud. "La Información Protegida de su Salud" es información acerca de Ud., incluyendo información demográfica, que podrá identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental o su estado pasado, presente y o futuro y con los servicios de atención de la salud relacionados.

Usos y Revelación de la Información Protegida de Salud

La información protegida sobre su salud puede ser utilizada y revelada por nuestros médicos, o personal de oficina y por otros fuera de nuestras oficinas que se encuentran involucrados en la atención de su salud y tratamientos con el fin de brindarle a Ud. servicios de atención de su salud, para pagar sus facturas de atención de su salud, para apoyar la operación de la práctica del médico y para otros usos requeridos por ley.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos la información protegida sobre su salud para brindar, coordinar o controlar los servicios de atención de su salud y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o el control de la atención de su salud con un tercero. Por ejemplo, revelaremos la información protegida sobre su salud, según sea necesario, ante una agencia de salud a domicilio que le brinda atención a Ud. Por ejemplo, la información protegida sobre su salud puede ser suministrada a un médico a quien Ud. a sido referido para garantizar que el médico cuenta con la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo,

Pago: La información protegida sobre su salud será utilizada, según sea necesario, para obtener pagos por los servicios de atención de su salud. Por ejemplo, obtener aprobación para permanecer en un hospital puede exigir que se revele la información protegida sobre su salud relevante al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión.

Operaciones de Atención de la Salud: Podremos usar o revelar, según sea necesario, la información protegida de su salud para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, sin limitarse a ellos, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, autorizar y realizar u organizar otras actividades comerciales. Por ejemplo podremos revelar la información protegida de su salud a estudiantes de la escuela de medicina que ven a los pacientes en nuestras oficinas. Además, podremos utilizar una planilla de ingreso en el mostrador de registro donde le solicitarán que firme con su nombre e indique quién es su médico. También podremos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté disponible para atenderlo. Podremos utilizar o revelar la información protegida de su salud, según sea necesario, para contactarlo y recordarle de su cita.

Podremos usar o revelar la información protegida de su salud en las siguientes situaciones sin autorización. Estas situaciones incluyen: según lo Requiera la Ley, Asuntos de Salud Pública según lo requiera la ley, Enfermedades Transmisibles: Supervisión Sanitaria: Abuso o Negligencia: Requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos: Procedimientos Legales: Cumplimiento de la Ley: Jueces de Instrucción, Directores Funerarios, y Donación de Órganos: Investigación: Actividad Delictiva: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Compensación de los Trabajadores: Pacientes: Usos y Revelaciones Solicitadas: Según la ley, debemos realizar revelaciones ante Ud. y cuando lo solicite la Seguridad del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestra conformidad con las exigencias de la Sección 164.500.

Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos se Realizarán Sólo con su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Objetar a menos que sea solicitado por Ley. Ud. podrá revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica de su médico haya actuado de acuerdo con los usos y revelaciones indicados en la autorización.

Sus Derechos: A continuación una declaración de sus derechos con respecto a la información protegida de su salud.

Ud. tiene el derecho a inspeccionar y copiar la información protegida de su salud. Sin embargo, según la ley federal, Ud. no podrá inspeccionar ni copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable a, o utilizada en, demanda o acción judicial civil, criminal, o administrativa, e información protegida de su salud que esté sujeta a ley que prohíbe el acceso a la información protegida de salud.

Ud. tiene derecho a solicitar una restricción de la información protegida de su salud. Esto significa que podrá solicitarnos que no usemos ni revelemos parte de la información protegida de su salud con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de su salud. Ud. también puede solicitar que alguna parte de la información protegida de su salud no sea revelada a miembros de su familia o amigos que puedan verse involucrados en su atención o con fines de notificación según se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud deberá especificar la restricción específica y ante quién Ud. quiere imponer esa restricción.

No se exige a su médico que esté de acuerdo con una restricción que Ud. solicite. Si un médico cree que redundará en su beneficio permitir el uso y la revelación de la información protegida de su salud, no se restringirá la información protegida sobre su salud. Entonces Ud. tendrá el derecho de utilizar otro Profesional de la Salud.

Ud. tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de parte nuestra por medios alternativos o en una dirección alternativa. Ud. tiene el derecho a obtener una copia en papel de este aviso de nuestra parte, si lo solicita, incluso si Ud. acordó aceptar este aviso alternativamente por ejemplo electrónicamente.

Ud. tendrá derecho a que su médico corrija la información protegida de su salud. Si nos negamos a su solicitud de corrección, Ud. tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y prepararemos una refutación a su declaración y le brindaremos una copia de la misma.

Ud. tiene derecho a recibir un relato de ciertas revelaciones que hayamos realizado, en caso de que las haya, de la información protegida de su salud.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y le informaremos por correo acerca de toda modificación. Ud. tendrá entonces el derecho a objetar o retirar según se establece en este aviso.

Reclamos: Ud. podrá realizar un reclamo ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si Ud. considera que hemos violado sus derechos de privacidad. Ud. podrá presentar un reclamo ante nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su reclamo. **No tomaremos represalias contra Ud. por presentar un reclamo.**

Este aviso fue publicado y se hará efectivo el/o antes del 14 de abril de 2003.

La ley nos exige mantener la privacidad de, y brindar a los individuos, el presente aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud. Si Ud. tiene alguna objeción a este formulario, por favor, solicite hablar con nuestro Funcionario de Conformidad con HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

La firma implica un reconocimiento de haber recibido este Aviso de nuestras Prácticas de Privacidad: Fecha: _____

Letra de Molde: _____ Firma: _____

Comprehensive Physician Services, Inc.

Lista de control del Historial del Paciente

Oficina: Tampa _____ St. Pete _____ Riverview _____ Lakeland _____ Spring Hill _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Altura: _____

Peso: _____

Edad: _____

Zurdo o Diestro: Zurdo _____ Diestro _____

Fecha del Accidente: ____/____/____

Información del Vehículo: Automóvil _____ Camión _____ 4x4 _____ Motocicleta _____ Bus _____ Bicicleta _____

Dónde fue impactado el vehículo? Frente _____ Atrás _____ Lado Derecho _____ Lado Izquierdo _____

Ud era/estaba en? Conductor _____ Pasajero _____ Peatón _____ Bicicleta _____ Motocicleta _____

Se utilizaron los cinturones de seguridad? Sí _____ No _____

Por favor, responda las siguientes preguntas en cuanto se relacionan con su estado DESPUÉS del accidente:

Marque sí o no y especifique si la respuesta es sí.

Cabeza:

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Recuerda haberse golpeado la cabeza durante el impacto? | S / N | Especifique: _____ |
| 2. Tiene dolores de cabeza? | S / N | Especifique: _____ |
| 3. En qué área siente el dolor de cabeza? | | _____ |
| 4. Se sintió aturdido? | S / N | Especifique: _____ |
| 5. Perdió la conciencia? | S / N | Especifique: _____ |
| 6. Qué es lo primero que recuerda tras el impacto? | | _____ |
| 7. Vio un flash de luz brillante? | S / N | Especifique: _____ |
| 8. Ha visto? | Puntos flotantes:
Puntos centellantes: | S / N Especifique: _____
S / N Especifique: _____ |
| 9. Mareos? | S / N | Especifique: _____ |
| 10. Visión Nublada? | S / N | Especifique: _____ |
| 11. Náuseas/Vómitos? | S / N | Especifique: _____ |
| 12. Nota pesadez en la cabeza/mareo al ponerse de pie? | S / N | Especifique: _____ |
| 13. Su cabeza o su rostro tienen? | Adormecimiento?
Hormigueo?
Escozor? | S / N Especifique: _____
S / N Especifique: _____
S / N Especifique: _____ |
| 14. Algún zumbido en sus oídos? | S / N | Especifique: _____ |
| 15. Al abrir su mandíbula siente? | Un clic?
Un crepitar? | S / N Especifique: _____
S / N Especifique: _____ |

Nervios craneales:

- | | | |
|--|-------|--------------------|
| 1. Cuando le duele la cabeza siente dolor detrás de los ojos? | S / N | Especifique: _____ |
| 2. Cuando le duele la cabeza tiene sensibilidad a la luz? | S / N | Especifique: _____ |
| 3. Pérdida de la visión normal? | S / N | Especifique: _____ |
| 4. Pérdida de la capacidad de mover ambos ojos ? | S / N | Especifique: _____ |
| 5. Algún problema al guiñar o cerrar los ojos? | S / N | Especifique: _____ |
| 6. Pérdida del sentido del gusto? S / N *Problemas para mover su lengua? | S / N | Especifique: _____ |
| 7. Pérdida de su capacidad de audición? | S / N | Especifique: _____ |
| 8. Alguna dificultad para tragar? S / N *Dolor al tragar: | S / N | Especifique: _____ |
| 9. Disfonía en su voz? | S / N | Especifique: _____ |
| 10. Algún problema al elevar sus hombros? Der / Izq? | S / N | Especifique: _____ |
| 11. Algún problema para sonreír? | S / N | Especifique: _____ |

Historial Médico Desde el Accidente

- | | | |
|---|---|----------|
| 1. Dificultad para dormir debido al dolor? | Sí _____ | No _____ |
| 2. Problemas de memoria? | Sí _____ | No _____ |
| 3. Alteraciones del ánimo desde el accidente? | Sí _____ | No _____ |
| 4. Se siente deprimido? | Sí _____ | No _____ |
| 5. Se siente cansado o fatigado? | Sí _____ | No _____ |
| 6. Problemas sexuales? | Sí _____ | No _____ |
| 7. Tiene empleo, está jubilado, es discapacitado, estudiante o menor? | _____ | |
| 8. Estuvo sin trabajar? Sí _____ No _____ Por cuánto tiempo? | _____ | |
| 9. Qué tipo de trabajo realiza? _____ | (computadora, mucho tiempo sentado, de pie, inclinado, Etc) | |

Firma del Paciente: _____

Dr. Initials _____

Updated 3/25/08

Historial Médico Pasado

Nombre del Paciente: _____

Padece o ha sido tratado por alguna de las siguientes: Marque sí o no

asma	S / N	cardiopatía	S / N	alta presión sanguínea	S / N	gastritis/úlceras	S / N
fibromialgia	S / N	apoplejía	S / N	osteoporosis	S / N	hipo/hipertiroidismo	S / N
enfermedad hepática	S / N	depresión	S / N	inmunodeficiencia	S / N	enfermedad del riñón	S / N
diabetes	S / N	ataques	S / N	enfermedad hemorrágica	S / N	cataratas	S / N
cáncer (tipo) _____	S / N	hepatitis(tipo) _____	S / N	glaucoma	S / N		

Por favor enumere los problemas de salud que no hayan sido mencionados: _____

Hospitalización/Operaciones/Accidentes automotrices previos

Fecha	Incidente	Motivo/Procedimiento	Hospital
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Medicación Actual (por favor incluya vitaminas y medicación herbal)

Nombre	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias a Medicación

Enumere las alergias a los medicamentos y el tipo de reacción (Si no está al tanto de ninguna marque aquí ___)

Historial Familiar: por favor marque todas las que correspondan a los miembros de su familia (M / Madre, P / Padre)

alergia	___M___P	N/A___	alta presión sanguínea	___M___P	N/A___
osteoporosis	___M___P	N/A___	enfermedad del riñón	___M___P	N/A___
ataque	___M___P	N/A___	ataque	___M___P	N/A___
cáncer	___M___P	N/A___	depresión	___M___P	N/A___
diabetes	___M___P	N/A___	ataque	___M___P	N/A___
cardiopatía	___M___P	N/A___	otro		

Historial Social

1. Fuma actualmente? Sí___No___ # paquetes/día ___ # años___
2. Fumó alguna vez? Sí___No___ # paquetes/día ___ # años___
3. Consume alcohol? Sí___No___ # tragos/día ___
4. Alguna vez consumió sustancias adictivas? Sí___(sustancia: _____)No___

Revisión de sistemas: por favor marque sí o no. Si la respuesta es sí, por favor especifique.

1. **Oídos:** zumbido/mareo/supuración/pérdida de la audición S / N Especifique _____
2. **Boca/garganta:** dolor o dificultad para tragar/disfonía/ganglios en el cuello S / N Especifique _____
3. **Cardiopulmonar:** dolor en el pecho/palpitaciones/dificultad para respirar/soplo al corazón S / N Especifique _____
4. **Genitourinario:** sensación de quemazón o mayor frecuencia al orinar S / N Especifique _____
5. **Gastrointestinal:** ardor de estómago/vómitos/diarrea/dolor abdominal S / N Especifique _____
6. **Psicológico:** depresión S / N Especifique _____
7. **Patrón de sueño:** Ronquido/adormecimiento durante el día S / N Especifique _____
8. **Endócrino:** Intolerancia al calor/Intolerancia al frío/Sed excesiva S / N Especifique _____
9. **Ojos:** cambios recientes en la visión/dificulta en la visión/visión doble S / N Especifique _____
10. **Neurológico:** debilidad/adormecimiento S / N Especifique _____
11. **Musculoesquelético:** trastorno temporomandibular/Artritis S / N Especifique _____
12. **General:** náusea/ fiebre/fatiga/aumento de peso S / N Especifique _____
13. **Piel:** Cáncer de piel S / N Especifique _____
14. **Hematológico/Linfático:** nódulos linfáticos inflamados S / N Especifique _____
15. **Inmunológico:** Hepatitis/Infecciones frecuentes/trastornos inmunológicos S / N Especifique _____
16. **Constitución:** Gannacia o pérdida repentina de peso? S / N Especifique _____
16. Está embarazada? Sí___No___ Cuántos meses? _____
17. Está amamantando? Sí___No___

Firma del Paciente: _____

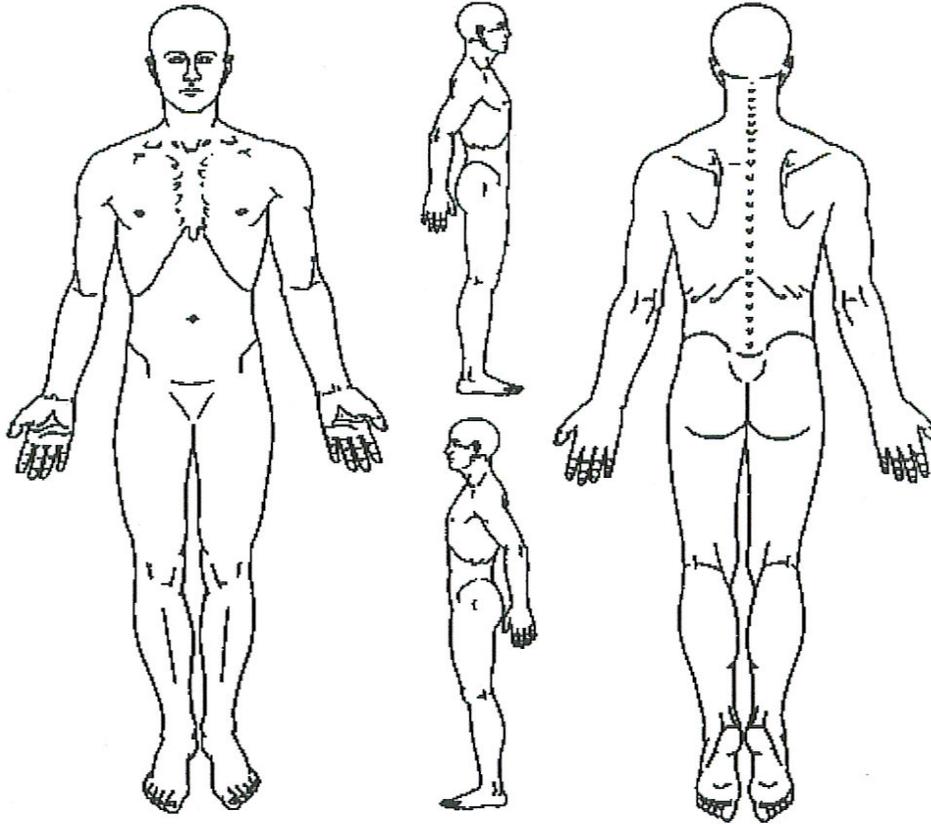
Dr. Initials _____

PAIN DIAGRAM

NAME _____

DATE _____

On the diagram below, please indicate where you are experiencing pain or other symptoms, right now.



A = ACHE

B = BURNING

N = NUMBNESS

P = PINS & NEEDLES

S = STABBING

O = OTHER

Certifico haber leído y comprendido toda la información a mí solicitada acerca de mi historial y problemas de salud, y que mis respuestas son verdaderas y precisas a mi leal saber. Certifico además sufrir de los problemas de salud indicados y que deseo examen, tratamiento y/o consejo médico según sea necesario.

Fecha _____ Letra de Molde _____

Firma del Paciente _____

Médico: He revisado personalmente la historia clínica y revisión de los sistemas

Fecha _____ Firma del Médico: _____