**Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad**

Entiendo eso, bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA). Tengo cierto derecho a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

* Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
* Obtener el pago de terceros pagadores
* Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido y entiendo el Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que no es obligatorio que acepte las restricciones solicitadas, pero si lo acepta, está obligado a cumplirlas.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para abordar cualquier necesidad especial que pueda tener y para garantizar que la información de su paciente se mantenga confidencial, responda las siguientes preguntas:

1. Además de usted, ¿autoriza a nuestra oficina a discutir su información de salud con otro familiar o cónyuge?? A.Si B. No

Si dice que si,

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Política y Procedimientos**

Ahmed Family Practice presentará sus reclamos y lo asistirá de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudarlo a pagar sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que les proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y ellos, no somos la parte de contacto. Si hay un saldo de su reclamo que es su responsabilidad, nosotros ni su compañía de seguros pagaremos su reclamo. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo se transfiere automáticamente a usted. Se aceptarán pagos parciales y mensuales previo acuerdo con la oficina. Si sus acuerdos financieros o necesidades médicas no se mantienen de buena fe, se le notificará por correo ordinario o certificado que tiene 30 días para buscar atención médica alternativa. Durante esos 30 días, nuestros médicos solo podrán tratarlo en caso de emergencia.

La oficina requiere que presente una copia de su tarjeta de seguro actual en cada visita, también necesitaremos su número de seguro social y una identificación con foto. Si su seguro está inactivo o en mora, se espera el pago total hasta que podamos verificar su cobertura. Los copagos y deducibles se deben al momento del servicio. Si tiene alguna pregunta sobre la información de facturación, llame al 866-949-1215. Nuestra oficina NO hace la facturación en casa.

Si su cuenta se coloca en una agencia de cobranza externa, se le cobrará el monto total de los honorarios de cobranza, los honorarios de los abogados y los costos judiciales permitidos. Tenga en cuenta que la colocación en una agencia externa puede hacer que cancelemos su atención en nuestra oficina.

**Para su conveniencia, aceptamos efectivo, giros postales y atención.**

**Matrícula:**

Cualquier papeleo que deba ser archivado será un cargo de $ 30.00 dólares

Los exámenes físicos de adopción serán de $ 100.00.

**Proceso de referencia:**

Las referencias tardan entre 1 y 2 semanas en completarse, así que haga los arreglos correspondientes.

**Mensajes:**

Todos los mensajes serán respondidos por cualquier miembro del personal al final del día.

**Solicitud de medicación:**

Planifique en consecuencia cuando solicite solicitudes de medicamentos, no se realizarán en el momento en que llame. Tenga en cuenta que si no lo han visto en los últimos 3 meses, debe tener una cita antes de que se vuelvan a llenar los medicamentos.

**• Si no ha alcanzado su deducible, se le cobrará por la visita al consultorio en el momento en que se prestan los servicios.**

**o $ 100.00- Establecer paciente**

**o $ 125.00- Paciente nuevo**

**• Si tiene un saldo en nuestra oficina, deben pagarse en su totalidad o incluir un plan de pago. Si no cumple con el plan de pago, se le recomendará que pague el monto total en su próxima visita al consultorio.**

**• Si tiene preguntas sobre la facturación, estaremos encantados de darle el número a nuestra oficina de facturación y reprogramar su cita.**

**• En cualquier momento, no facturaremos a los pacientes un deducible, copagos.**

**• Si por algún motivo llega tarde, le recomendamos que llame a la oficina. Si se niega a hacerlo, su cita será reprogramada.**

**• Actualizamos nuestra documentación cada 6 meses para asegurarnos de que su información esté actualizada, esto es algo que debe hacerse.**

**• Los proveedores no pueden comunicarse con un paciente a menos que los atiendan, esto es en efecto para dar tiempo adecuado a los pacientes que tienen citas programadas.**

**• Ya no damos vacunas solo la vacuna contra la gripe cuando está en temporada.**

**• Los proveedores y el personal responderán y repondrán los medicamentos al final del día.**

**• Los saldos con 90 días de retraso y que no se hayan pagado se enviarán a las colecciones.**

**• Con cada paciente, tomamos una foto y copias de su identificación y tarjeta de seguro. Esto es para disminuir cualquier fraude de seguros; nuestro sistema cumple con HIPAA y tiene medidas de protección para mantener la seguridad de la información.**

**• Se aconseja a los pacientes que si no tiene su tarjeta de seguro, ni una copia que pueda enviarse a nuestro correo electrónico, tendríamos que reprogramar su cita.**

**• Tenga en cuenta que cualquier persona menor de 18 años debe estar presente con un adulto mayor de 21 años.**

**• Si no tiene una identificación con usted, reprogramaremos su cita.**

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus pautas

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre impreso**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha**

**Información demográfica**

|  |
| --- |
| Nombre de la Paciente: |
| Dirección de envio: |
| Ciudad: Estado: Código postal: |
| Teléfono de la casa: Teléfono celular: |
| Fecha de nacimiento: Sexo: Estado civil: |
| Número de seguridad social: |
| Nombre del empleador: |
| Dirección del empleado: |
| Correo Electronic: |
| Seleccione uno:  ⃝Blanco ⃝Negro ⃝Hispana ⃝Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ok para dejar un mensaje: ⃝**Casa ⃝Celular ⃝** **Breve ⃝** **Extendido** |
| **Información de Contacto en caso de Emergencia** |
| Nombre del contacto de emergencia: |
| Número de teléfono: Relación con el paciente: HIPPA: |
| **Información de la farmacia** |
| Nombre de la farmacia: |
| Número de la farmacia: |
| Dirección de la farmacia: |
| Doy fe de que la información anterior es correcta y he leído y entiendo las políticas de Ahmed Family Practice y acepto mi responsabilidad como estado en esas políticas. Por la presente autorizo ​​la divulgación de la información necesaria para que mi compañía de seguros procese mi reclamo. La información anterior y la información dada a Ahmed Family Practice es correcta a mi leal saber y entender. Por la presente, permito que el personal de la clínica de Ahmed Family Practice vea mi historial de medicamentos de una fuente externa. |
| Firma del paciente: |
| Fecha: |

|  |
| --- |
| Nombre de la compañía de seguros primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero de miembro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre de la compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero de Miembro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Historia del paciente y forma física**

**Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias a drogas**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Medicamentos actuales, dosis y cómo los está tomando?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia familiar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Padre | Madre |
| Enfermedad del corazón |  |  |
| Alta presion sanguinea |  |  |
| Carrera |  |  |
| Glaucoma |  |  |
| Diabetes |  |  |
| Epilepsia / Convulsiones |  |  |
| Desorden sangrante |  |  |
| Enfermedad del riñon |  |  |
| Enfermedad de tiroides |  |  |
| Enfermedad mental |  |  |
| Osteoporosis |  |  |

Cualquier cáncer en tu familia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hospital y Cirugías**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Razon |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Historial médico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⃝ Dolor de cabeza  ⃝ Falta de aliento  ⃝ Palpitaciones del corazón  ⃝ Soplo cardíaco  ⃝ Dolor de pecho  ⃝ Mareos / desmayos  ⃝ Enfermedad vascular periférica  ⃝ Alergias / fiebre del heno  ⃝ Asma / enfisema  ⃝ Bronquitis | ⃝ Neumonía  ⃝ Úlcera  ⃝ Trastorno GI  ⃝ Intolerancia a la lactosa  ⃝ Enfermedad de la vesícula  ⃝ Enfermedad de la próstata  ⃝ Irregularidad intestinal  ⃝ Incontinencia  ⃝ Disfunción sexual / menstrual  ⃝ Enfermedad venérea | ⃝Diabetes  ⃝Hepatitis  ⃝Anemia  ⃝ Artritis  ⃝Osteoporosis  ⃝ Alta presion sanguinea  ⃝ Depresión  ⃝ Gota  ⃝ Carrera  ⃝ Cáncer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⃝ Fiebre reumática  ⃝Glaucoma  ⃝ Epilepsia / Convulsiones  ⃝ Desorden sangrante  ⃝ Enfermedad del riñon  ⃝ Enfermedad de tiroides  ⃝ Enfermedad mental  ⃝Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Social History**

Fumas? ⃝ SI ⃝No Cuánto fumas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solías fumar? ⃝ Si ⃝No Cuando te detuviste? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bebes alcohol? ⃝ Si ⃝No Cuantas veces por dia o semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Haces uso de drogas ilegales?? ⃝ Si ⃝No Que tipo de drogas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene un poder notarial o DNR (no resucitar)? ⃝Si ⃝No ⃝

Qué tipo de trabajo haces? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rutina de ejercicios? ⃝ Ninguna ⃝15-20 Min ⃝30-45 Min ⃝1hr-mas

⃝ Una vez por semana ⃝2-3 times ⃝4-5 ⃝6 o mas

**Solo mujeres:**

¿Cuándo fue tu último período menstrual?? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuanto tiempo fue para? \_\_\_\_\_

¿Tienes tu período cada …? ⃝28 ⃝24 ⃝20 or menos

Estas tratando de quedar embarazada? ⃝Si ⃝No

Has estado embarazada? ⃝Si ⃝No Cuantos embarazos? \_\_\_\_ Cuantos niños? \_\_\_\_

Cualquier aborto involuntario? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cualquier aborto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medical Release of Records

528 Forest Parkway Ste. A Forest Park, GA. 30297

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre anterior:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Últimos 4 de Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito y autorizo:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

To Release Healthcare information of the patient named above to:

**Name:** Ahmed Family Practice

**Address:** 528 Forest Parkway Ste. A.

**City:** Forest Park **State:** GA. **Zip code:** 30297

Esta solicitud y autorización se aplican a:

⃝ Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, afección o fechas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Toda la información de salud

⃝ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Definición: Enfermedad de transmisión sexual (ETS) según lo definido por la ley, RCW 70.24 y septiembre, incluido herpes simple, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma, vanereuem, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y Gonorrea.

⃝si ⃝No Autoricé la divulgación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH / SIDA, ya sean negativas o positivas, a la persona mencionada anteriormente. Entiendo que se notificará a la persona mencionada anteriormente que debo dar una divulgación específica por escrito de los resultados de estas pruebas a cualquier persona.

⃝Yes ⃝No Autorizo ​​la divulgación de cualquier registro sobre drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la persona mencionada anteriormente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha**