



2024- INFORMACION DEL PACIENTE Y FIRMA PERMANENTE DE POR VIDA

Nombre: _____ SS#: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Lenguaje primario: _____
Dirección de correo electrónico: (privado) _____
Teléfono de casa _____ Teléfono móvil: _____
Deja msg en la grabadora? S ___ N ___ Deja msg con otra persona? S ___ N ___
Cumpleaños: _____ Edad: _____ Estado civil _____
Lugar de nacimiento: _____ Etnicidad: caucásico ___ afroamericano ___
Raza: ___ Blanco ___ Negro ___ Hispano ___ Indio americano ___ Otro _____
Empleador: _____ Ocupación: _____ Contacto de
emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación con el
paciente: _____ ¿Podemos compartir información médica con ésta
persona? _____ S ___ N ___ ¿A quién podemos agradecerle por recomendarte?

¿Tienes un testamento vital? ___ S ___ N

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro primario _____ ID# _____
Asegurado primario: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
Seguro a través del empleador: ___ S ___ N Empleador: _____
Si la política es una HMO, ¿es Medicaid? _____
Seguro secundario: _____ ID#: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

ASIGNACION Y LIBERACION

Por la presente autorizo el pago directamente al Dr. Peter A. Martinez-Noda por todos y cada uno de los principales beneficios médicos que se me paguen según los términos de mi seguro. Prometo pagarle al Dr. Peter Martinez-Noda todos los saldos adeudados en mi cuenta y además acepto que se agregue un cargo de interés del 12% anual (1% por mes) a todos los saldos pendientes que queden sin pagar después del pago o denegación del Seguro. Además, acepto pagar todos los costos de cobro de dicho saldo, incluidos los honorarios razonables de los abogados. Por la presente autorizo al Dr. Peter A. Martinez-Noda a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a médicos y / o compañías de seguros.

Firma: _____ Fecha _____

** ADJUNTE SU TARJETA DE SEGURO Y UNA IDENTIFICACIÓN DE IMAGEN PARA EL ARCHIVO **



HISTORIA MEDICA PASADA:

DIABETES ENFERMEDAD DE RIÑÓN	_____ S _____ N
ENFERMEDAD DE TIROIDES	_____ S _____ N
DERRAME CEREBRAL	_____ S _____ N
ALTA PRESION SANGUINEA	_____ S _____ N
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	_____ S _____ N
ARTRITIS	_____ S _____ N
CÁNCER	_____ S _____ N

Queja principal: _____

Allergies: _____

Listar los medicamentos actuales y las dosis: _____

Listar todas las operaciones, hospitalizaciones o enfermedades graves: _____

Listar cualquier prueba de diagnóstico: _____

Usted fuma: _____ No _____ Anterior _____ Corriente ¿Está embarazada? _____ S _____ N

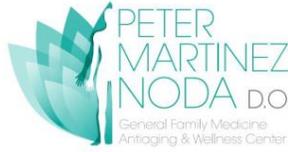
Firma del paciente _____

Fecha _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, para incluir los beneficios médicos mayores, a los que tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud a Peter Martinez-Noda, P: A. -Todas las asignaciones permanecerán en vigencia hasta que sean revocadas por mí en la escritura. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago. Los cheques devueltos y el saldo de más de 30 días pueden estar sujetos a cobro adicional, costos de abogados, de la corte y de intereses de 1.5% por mes. Certifico que he leído y entiendo completamente la política de facturación de los proveedores y acepto realizar el pago completo y / o los acuerdos satisfactorios cuando se me solicite, como se especifica anteriormente.

***** TODOS LOS COPAGOS/DEDUCIBLES DEBEN EN EL MOMENTO DE LA VISITA *****



POLÍTICA FINANCIERA

La siguiente información se proporciona para evitar cualquier malentendido o desacuerdo con respecto al pago por servicios profesionales

Peter A. Martinez-Noda, D.O., P.A. cree firmemente que una buena relación médico / paciente se basa en la comprensión y la comunicación abierta. Esta práctica archivará todos los reclamos de seguros a sus portadores primarios y secundarios. Nuestra práctica le exigirá que asigne todos los pagos de la compañía de seguros directamente a nuestra oficina para evitar cualquier malentendido con respecto al pago de servicios profesionales. Su cobertura de seguro es a. contrato entre usted y su compañía de seguros; sin embargo, le ayudaremos a maximizar sus beneficios de seguro. Si solicita a su compañía de seguros que le pague directamente, le exigiremos el pago completo cuando se presten los servicios. Por ley, su compañía de seguros debe remitir el pago o rechazar su reclamo de seguro dentro de los 30 días posteriores a la reclamación inicial. Si se produce un problema de seguro, se le pedirá que nos ayude a contactar a su compañía de seguros, ya que consideramos que es necesario trabajar junto con cualquier problema de seguro. Se espera el pago en el momento del servicio. Esté preparado para pagar el porcentaje de seguro no pagado, su coseguro o cualquier deducible pendiente cuando se presten los servicios. Todos los saldos vencidos están sujetos a la colocación de la agencia de cobranza externa. Peter A. Martinez-Noda, D.O., P.A. se reserva el derecho de obtener la información necesaria de las agencias de informes de crédito para determinar el estado financiero / crediticio actual de un paciente. Esta práctica Sigue las pautas de CMS y CCI para la facturación. Utilizando estas pautas, Peter A. Martinez-Noda, D.O., P.A. considera incidental incluido a cualquier servicio o suministro que se considere que no sea una necesidad médica / médicamente necesaria, se considerará servicios no cubiertos y será responsabilidad del paciente por estos servicios no cubiertos. Usted será responsable de pagar la tarifa que tenemos con su proveedor de seguros.

*Nuestro personal está listo y dispuesto a hacer todo lo posible para ayudarle
Con tus preguntas. Por favor no dude en consultarnos. Estamos aquí para ayudarle (305) 273-4454*

1. SEGURO PRINCIPAL: _____
DIRECCIÓN DE CORREO: _____ TELÉFONO #: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
NÚMERO DE POLÍTICA #: _____ NÚMERO DE GRUPO #: _____
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA: _____
NÚMERO SS DE LA PERSONA ASEGURADA#: _____
2. SEGURO SECUNDARIO: _____
DIRECCIÓN DE CORREO: _____ TELÉFONO #: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
NÚMERO DE POLÍTICA #: _____ NÚMERO DE GRUPO #: _____
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA: _____
NÚMERO SS DE LA PERSONA ASEGURADA#: _____

AUTORIZACIÓN DE VIDA MEDICARE Y / O OTRO SEGURO: CERTIFICACIÓN PARA EL PAGO

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportistas cualquier información necesaria para este o otros reclamos relacionados con Medicare y otros reclamos de seguros. Solicito que el pago de los beneficios autorizados para Medicare u otras compañías de seguros se haga a Innovative Cancer Institute en mi nombre.

PARA PACIENTES DE MEDICAID: Certifico que soy beneficiario del programa Medicaid, Título XIX, y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Autorizo a Innovative Cancer Institute a poner a disposición del Departamento de Servicios para Niños y Familias de la Florida cualquier información sobre el seguro médico y los registros financieros relacionados con mi tratamiento. Por la presente certifico que todo el seguro de salud debe ser asignado a Peter A. Martinez- Noda, D.O, P.A

Solicito que esta autorización también se aplique a todos los demás seguros.

Fecha _____

Entiendo la política anterior y acepto que, después de cualquier acuerdo contractual entre Peter A. Martinez-Noda, D.O., P.A., y la compañía de seguros están satisfechos. Soy el responsable final del saldo de esta cuenta.

Firma: _____

Firma del padre o tutor legal si el
paciente es menor de edad

Nombre impreso: _____

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre _____ Número de teléfono _____

_____(iniciales del paciente) Consentimiento de farmacia. Le doy autorización al Jackson Medical Group para obtener mis registros de medicamentos recetados de las farmacias participantes.

RECOGIDA DE PEDIDOS DE PRESCRIPCION

Es posible que haya ocasiones en las que necesite que un amigo o miembro de su familia recoja una orden de receta en el consultorio de su médico. Para que podamos entregarle una receta a su familiar o amigo, debemos tener un registro de su nombre. Antes de la publicación del guión, su designado deberá estar presente, traer una identificación con foto válida y firmar para la receta;

_____(Iniciales del paciente) Deseo designar al siguiente miembro / amigo para que recoja una orden en mi nombre.

Nombre de la persona designada _____

_____(Iniciales del paciente) No quiero designar a nadie para que recoja mi pedido de recetas.

Firma del paciente: _____

Fecha _____



POLITICA DE NO SHOW

Dear Patient:

We understand that there are legitimate reasons for having to cancel an appointment. We ask you to show consideration by calling well in advance if you are unable to keep an appointment so we have the option of offering that appointment to another patient who needs to see the doctor. Please let this letter serve to notify you that if you fail to give us a 24 hour notice of cancellation, there will be a \$25.00 cancellation fee billed to your account that cannot be filed to your insurance company.

Thank you,

Estimado Paciente:

Nosotros comprendemos que hay razones legítimas para cancelar una cita. Le rogamos consideración solicitando con antelación la cancelación de su cita y de esta forma poder brindarle la posibilidad a otro paciente necesitado de ser visto por el doctor. Sirva esto como una notificación que si usted no cancela con 24 horas de anticipación, tendrá un recargo de \$25.00 y no será cubierto por su seguro,

Gracias,

Dr. Martinez-Noda

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Peter A. Martinez-Noda, DO, PA
7000 S.W. 97^h Avenue, Suite 101
Miami, Florida 33173

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo su tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica que puede identificarlo y se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y con los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgación de información de salud protegida.

Su información médica puede ser utilizada y divulgada por nosotros, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento para el

con el propósito de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, respaldar el funcionamiento de nuestra práctica y cualquier otro uso requerido por la ley. **TRATAMIENTO:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado.

Esto incluye la coordinación o la gestión de nuestra atención médica con un tercero. Por ejemplo, revelaríamos su información médica necesaria, a un agencia de atención médica a domicilio que brinda atención para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarlo.

PAGO: Su información se utilizará según sea necesario para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

OPERACIONES DE SALUD: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica para apoyar las actividades comerciales de nuestra práctica. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que atienden pacientes en nuestra oficina. Podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro o podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. También podemos comunicarnos con usted para recordarle su cita. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo requerido por la ley. Problemas de salud pública. Enfermedades contagiosas.

Supervisión de la salud. Abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Drogas. Procedimientos legales, aplicación de la ley, médicos forenses, director de funerarias, donación de órganos, actividades criminales de investigación, actividad militar y seguridad nacional, compensación de trabajadores, reclusos; Usos Requeridos y Divulgaciones. De acuerdo con el iaw, debemos hacer revelaciones a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán solo con su consentimiento, autorización o oportunidad de objetar a menos que sea requerido por la ley. Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico haya tomado una medida en función del uso o la divulgación indicada en la autorización.

TUS DERECHOS

A continuación se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Bajo la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; Información recopilada en anticipación o uso razonable en una acción o proceso civil, penal o administrativo, e información protegida sobre salud que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información protegida sobre salud. Para inspeccionar y copiar su información médica, debe enviar su solicitud por escrito a nuestra oficina. Si solicita una copia de sus registros médicos, es posible que le cobremos una tarifa por el costo de la

Suministros y cargos de correo asociados con su solicitud. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de nuestra información médica protegida no sea divulgada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación descritos en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea aplicar la restricción..

PATIENT NAME

PATIENT OR GUARDIAN'S SIGNATURE

Fecha



¡Únase a nosotros para regalos exclusivos, las mejores ofertas, nuevos productos y más!

¿Como supiste de nosotros?

Referido _____ Facebook ___ Yelp ___ Instagram ___ Twitter ___ Linkedin ___ ZocDoc ___
Volantes _____ Radio _____ Google Maps _____ Sitio web _____ Seguro médico _____ Otro _____
_____ Revista _____ Periódico _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono móvil: _____ correo electrónico: _____

Háganos saber cómo podemos servirle mejor informándonos de los servicios de Antiaging que le interesan:

_____ Programas de pérdida de peso	_____ Terapia de reemplazo de hormonas bioidénticas	_____ Botox
_____ Rellenos	_____ Faciales	_____ Peelings Químicos
_____ Microdermoabrasión	_____ Frecuencia de radio	_____ Cavitación
_____	_____ Otros	