

Acuerdo de Servicios Médicos

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD. ESCRIBA CLARAMENTE Y CON CUIDADO.



El abajo firmante solicita y autoriza los servicios de Family Physicians Group, incluyendo exámenes, tratamiento, y otros procedimientos que sean apropiados desde esta fecha en adelante.

Yo estoy de acuerdo en responsabilizarme por todos los gastos y honorarios relacionados con estos servicios, directamente por medio de mi proveedor de seguro médico. En este aspecto autorizo la divulgación de cualquier información requerida por mi proveedor de seguro médico para el procesamiento de reclamos de pago. Yo autorizo los pagos de beneficios médicos directamente a Family Physicians Group.

Yo me hago responsable de notificar a Family Physicians Group de mi seguro médico actual y de los cambios que yo haga en mi póliza de seguro en un futuro, más, de proveerlos con mi tarjeta de seguro médico para ser fotocopiada.

Entiendo que yo seré individualmente responsable por pagos concurrentes, como copagos y deducibles independiente del seguro que tenga. También entiendo que Family Physicians Group hará todo lo posible para obtener pagos de mi compañía de seguros, y me cobrará por cualquier balance debido después de que el Seguro determine mi pago. Este balance debe de ser pagado por mí, en un plazo de 30 días después de haber recibido la factura.

Yo entiendo que seré responsable de cualquier gasto adicional para obtener el pago de mis deudas atrasadas, o también cualquier gasto tales como intereses, costo de litigaciones y gastos abogado de ser necesario.

PERSONA(S) RESPONSABLE POR LA CUENTA (DIFERENTE AL SEGURO MÉDICO)		
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE DEL PACIENTE
DIRECCION		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO DE HABITACION	TELEFONO CELULAR	

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA DE AUTORIZACION

Declaración de Directivas Anticipadas

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD. ESCRIBA CLARAMENTE Y CON CUIDADO.

POR SER SU MEDICO, NECESITAMOS SABER SI USTED HA EJECUTADO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCION DE LA SALUD:

Si No

SI RESPONDIO "SI", QUE TIPO DE DIRECTIVA ANTICIPADA POSEE:

Testamento Vital Orden de No Resucitar Sustituto para el Cuidado Médico Donación de Organos

Si ha ejecutado alguna de las Directivas Anticipadas nombradas anteriormente, por favor suminístrenos una copia en su próxima visita y firme este formulario en la parte inferior.

Si su respuesta es No, por favor lea la siguiente información y firme el formulario.

Como parte del derecho de una persona a la autodeterminación, cada adulto puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico recomendado. Cuando una persona pierde la capacidad de tomar decisiones por limitaciones físicas o mentales, como el estar en coma o desarrollar demencia, esta persona es considerada incapacitada. Para asegurarse que los deseos de una persona incapacitada acerca de su salud sean respetados, se han creado las directivas anticipadas para la atención de la salud. Estas directivas definen por escrito sus deseos acerca de tratamientos médicos en el futuro. Sin tener sus instrucciones por escrito, sus familiares o doctores tendrían que adivinar qué tipo de tratamientos usted desea recibir. En algunos casos, ciertos tratamientos médicos pueden ser administrados contra su voluntad por no tener su preferencia expresada por escrito. Los siguientes, son algunos de los diferentes tipos de directivas anticipadas para la atención de la salud:

Testamento vital: Es un documento legal que expresa su voluntad a nivel de atención médica en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones por sí mismo.

Sustituto para el cuidado de la salud: Este documento nombra a otra persona como su representante para tomar decisiones en su nombre en caso de que no pueda tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones acerca de tratamientos que desea o no desea recibir, parecido al testamento vital.

Donación de órganos: Es un documento que indica sus deseos de donar, al fallecer, todo o parte de su cuerpo. Usted puede indicar su preferencia de ser un donante de órganos al designarlo en su licencia de conducir o en su tarjeta de identificación, completar un formulario para la donación de órganos o por escrito en su testamento vital.

Orden de no resucitar: Es un formulario de color amarillo el cual establece que usted no desea ser resucitado en caso de que deje de respirar o su corazón deje de latir.

Las directivas anticipadas para la atención de la salud sólo serán efectivas si usted queda incapacitado y puede hacer cambios a sus directrices en cualquier momento. Mientras usted tenga capacidad de entendimiento, debe discutir las expectativas de su cuidado médico en el futuro directamente con su doctor. Sin embargo, antes de que usted llene las formas de directivas anticipadas, le recomendamos que lo discuta con su familia, amigos, abogado o consejero espiritual.

Marque con una "X" si le gustaría recibir el formulario de Directivas Anticipadas de nuestra oficina

APELLIDO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL (EN LETRA DE MOLDE)

FECHA DE AUTORIZACION

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Formulario de Autorización HIPAA



1. Yo, _____, autorizo a Family Physicians Group a revelar y proveer
 (Nombre del paciente y fecha de nacimiento)
 mi información de salud protegida como se describe a continuación a:

NOMBRE / ORGANIZACION	DIRECCION / TELEFONO:	FAX:	RELACION:

2. Esta autorización para proveer mi información de Salud Protegida cubre el período de cuidado de salud (escoja una):

- a. Desde (fecha) hasta (fecha)..... , ó
- b. Pasado, Presente y Futuro.

3. La información de Salud para revelar (escoja todas las opciones que apliquen):

- mi historial de salud completo (incluye historial relacionado con cuidado de salud mental, enfermedades transmisibles, Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV por sus siglas en Ingles) ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS), o
- mi historial de salud completo, con la excepción de la siguiente información (escoja las opciones que desee):
 - Historial de salud mental
 - Enfermedades transmisibles (incluyendo HIV y AIDS)
 - Tratamiento de alcohol/drogas
 - Otros (especifique, por favor):

4. Esta información médica puede ser usada por las personas que yo autorice a recibir esta información para tratamiento médico, consulta, facturación, pago de reclamación u otros propósitos que yo ordene.

5. Esta autorización es válida para información actualmente en existencia y cualquier información que pueda ser generada mientras esta autorización es efectiva. Yo entiendo que tengo el derecho de ver cualquier información que sea divulgada de acuerdo a esta autorización para revelar dicha información. Yo puedo solicitar ver esta información durante horas normales de oficina. Yo entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento, completando la forma de Pedido de Revocación de Autorización de FPG. Yo entiendo que la revocación no aplica a información que ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que la revocación no aplicara a mi compañía de seguro cuando legalmente mi asegurador tiene el derecho a disputar alguna reclamación bajo mi póliza. A menos que lo indicado sea revocado, esta autorización debe expirar en la fecha abajo indicada. Si yo no especifico una fecha de expiración, esta autorización expirara un año después de ser firmada por mí. Yo entiendo que autorizar a revelar esta información es voluntaria. Yo puedo denegar la firma de esta autorización. Yo no necesito firmar esta forma para obtener tratamiento. Yo entiendo que, si las personas u organización autorizadas a recibir esta información no son un seguro médico o un proveedor de cuidado de salud, la información revelada podría no estar protegida por las regulaciones privadas federales. Sin embargo, puede haber otras leyes federales o estatales que requieran que la información permanezca confidencial. Yo he leído esta forma, o ha sido leída y explicada a mí, y entiendo el contenido.

 FIRMA AUTORIZADA

 FECHA

 FECHA DE VENCIMIENTO

RELACION CON EL PACIENTE: Paciente Representante Legal Padre/Madre de un menor de edad Otro (Especifique):

***Si este documento es firmado por otra persona aparte del paciente, por favor escoja la relación con el paciente y suministre prueba de autorización.**

****Si requirió de un traductor o intérprete**:**

 NOMBRE DEL INTERPRETE O TRADUCTOR

 TELEFONO

OFFICE USE ONLY

 OFFICE PERSONNEL PRINT NAME

 SIGNATURE

 DATE RECEIVED

Autorización para Obtener Información de Salud Protegida



A. INFORMACION PERSONAL

APELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

OBTENER DE (NOMBRE DE LA PERSONA, CENTRO DE SALUD O AGENCIA)

DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO	FAX		

FECHA DE LOS SERVICIOS

Desde: Hasta: Pasado, presente y futuro

B. FIRMA REQUERIDA

Al firmar esta forma abajo, yo autorizo a Family Physicians Group a obtener mi expediente médico completo (incluyendo expedientes relacionados a cuidado de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, tratamiento de alcohol/abuso de drogas, diagnósticos, pruebas de laboratorio, pronósticos, tratamiento y facturación, para todas las condiciones) relacionados para el propósito de tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamaciones u otros propósitos como yo establezca.

Esta autorización es válida para información actualmente en existencia y cualquier información que pueda ser generada mientras esta autorización es efectiva. Yo entiendo que tengo el derecho de ver cualquier información que sea divulgada de acuerdo a esta autorización para revelar dicha información. Yo puedo solicitar ver esta información durante horas normales de oficina. Yo entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento. Yo entiendo que la revocación no aplica a información que ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro cuando legalmente mi asegurador tiene el derecho a disputar alguna reclamación bajo mi póliza. A menos que lo indicado sea revocado, esta autorización debe expirar en la fecha abajo indicada. Si yo no especifico una fecha de expiración, esta autorización expirará un año después de ser firmada por mí. Yo entiendo que autorizar a revelar esta información es voluntaria. Yo puedo denegar la firma de esta autorización. Yo no necesito firmar esta forma para obtener tratamiento. Yo entiendo que, si las personas u organización autorizadas a recibir esta información no son un seguro médico o un proveedor de cuidado de salud, la información revelada podría no estar protegida por las regulaciones privadas federales. Sin embargo, puede haber otras leyes federales o estatales que requieran que la información permanezca confidencial. Yo he leído esta forma, o ha sido leída y explicada a mí, y entiendo el contenido.

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL (LETRA DE MOLDE)

FECHA DE AUTORIZACION

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Si requirió de un traductor o intérprete

NOMBRE DEL INTERPRETE / TRADUCTOR

TELEFONO

Revocación de Autorización de Información de Salud Protegida



A. INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE DEL PACIENTE	
DIRECCION			
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO <input type="checkbox"/> Teléfono de Habitación <input type="checkbox"/> Teléfono Celular		TELEFONO ALTERNO <input type="checkbox"/> Teléfono de Habitación <input type="checkbox"/> Teléfono Celular	

Yo, solicito a Family Physicians Group que cancele la autorización que tengo en récord con Family Physicians Group, que permite que las siguientes personas ó entidades tengan acceso a mi información de salud protegida.

Persona(s) ó entidades que tenían acceso anteriormente de recibir mi información:

B. FIRMA AUTORIZADA

Yo entiendo que al firmar y someter esta forma cancelará mi autorización previa para divulgar información, como se describe arriba. Yo entiendo que esta revocación será efectiva tres días después que FPG la reciba. Yo entiendo que esta revocación solamente aplicará a futuras divulgaciones o acciones acerca de mi información de salud protegida y no puede cancelar acciones ó divulgaciones hechas mientras la divulgación ha sido valida y en efecto.

Yo guardaré una copia de esta forma de revocación para referencia personal y la forma original será mantenida en mi récord médico por el período de tiempo designado.

NOMBRE COMPLETO (LETRA DE MOLDE)	FECHA
FIRMA	
Si requirió de un traductor o intérprete	
NOMBRE DEL INTERPRETE / TRADUCTOR	TELEFONO

OFFICE USE ONLY

OFFICE PERSONNEL PRINT NAME	DATE
OFFICE PERSONNEL SIGNATURE	

Aviso de Procedimientos de Privacidad



PATIENT INFORMATION

LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL
PATIENT RECORD #	DATE OF BIRTH	

Firmando abajo, estoy reconociendo que:

- Soy el paciente o el representante legal del paciente;
- He recibido una copia del "Aviso de Procedimientos de Privacidad para Family Physicians Group.
- Entiendo que puedo contactar a la persona indicada en el Aviso si tengo alguna pregunta acerca del contenido del Aviso.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

RELACION CON EL PACIENTE

TO BE COMPLETED BY STAFF (If patient or representative cannot sign)

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient's personal representative for the following reason:

Patient/personal representative refused to sign form

Other:

SIGNATURE OF STAFF MEMBER

DATE

Transportation Services Waiver and Release



Please read this form carefully and be aware that in consideration for the Family Physicians of Winter Park, Inc., and FPG Senior Services, LLC (hereinafter collectively referred to as "FPG"), you will be expressly assuming the risk and legal liability and waiving and releasing all claims for injuries, damages, or loss which you might sustain as a result of said services, including but not limited to, vehicle operations and boarding and exiting the vehicle.

I recognize and acknowledge that FPG is neither a common carrier nor in the business of providing transportation services to the public. I also recognize and acknowledge that FPG is neither in the business of emergency transportation nor has held itself out to be an emergency transportation carrier. I further recognize and acknowledge that there are certain risks of physical injury to vehicle passengers, and I voluntarily agree to assume the full risk of any injuries, damages, or loss, regardless of severity, that I may sustain as a result of participating in any and all activities connected with or associated with receiving transportation services, including, but not limited to, injuries, damages, and loss arising out of negligent operation or supervision of the vehicle. I further agree to waive and relinquish all claims I may have (or accrue to me) against FPG, including its respective officials, agents, volunteers, and employees (hereinafter collectively referred to as "Party").

I do hereby fully release and forever discharge the Party from any and all claims for injuries, damages or loss that I may have or which may accrue to me and arising out of, connected with, or in any way associated with said transportation services.

I further agree that this agreement shall be governed by the laws of the State of Florida.

I have read and fully understand the above waiver and release of all claims. If registering on-line or via fax, my on-line or facsimile signature shall substitute for and have the same legal effect as an original form signature.

PARTICIPATION WILL BE DENIED if the signature of adult participant or guardian and date are not on this waiver.

Return all forms along with proof of age and residency to: FPG, 6416 Old Winter Garden Rd., Orlando, Florida 32835.

PRINT PARTICIPANT'S NAME

DATE

PARTICIPANT'S SIGNATURE OR GUARDIAN'S SIGNATURE (18 YEARS OR OLDER)