

Tel: 561-603-9603

Fax: 561-516-6965



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado
Viuda/o

Idiomas(s): _____ Ethnicity: Hispanic or Latino Non-Hispanic or Latino

Raza: American Indian or Alaska Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Pacific Islander Blanco

Numero de Social Security Number: _____

Email _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono :(Primario) _____ Telefono :(Alt.) _____

Doctor primario: _____ Telefono: _____

Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR, NOTIFIQUE A:

Nombre: _____

Direccion: _____

Telephone: _____ Relacion: _____

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Ocupación del paciente _____

DIVULGACIÓN

Por la presente autorizo _____
(Nombre de la compañía de seguros principal y secundaria)

Autorizo a Quality Care Wellness LLC a recibir directamente los pagos del seguro que de otro modo me corresponderían por los servicios prestados. También autorizo a Quality Care Wellness LLC a divulgar cualquier información solicitada por la(s) compañía(s) de seguros mencionada(s) anteriormente, que sea necesaria para procesar las reclamaciones. Soy consciente de que Medicare Parte B puede denegar la cobertura por "falta de necesidad médica" si los servicios prestados superan las directrices autorizadas por Medicare Parte B. He obtenido la autorización correspondiente de mi compañía de seguros para ser evaluado por Quality Care Wellness LLC y asumo la responsabilidad de cumplir con los requisitos de mi compañía de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____

Reconozco que el pago o copago de los servicios prestados vence y es pagadero en el momento de la prestación de dichos servicios, y que soy responsable de todos los deducibles y copagos anuales según lo estipulado en mi póliza de seguro. Reconozco que se pueden aplicar cargos por intereses si mi cuenta presenta mora. Acepto la responsabilidad por las citas perdidas o cancelaciones tardías (con menos de 24 horas de anticipación) y soy consciente de que se me puede cobrar una tarifa de \$30.00 si esto ocurre en cualquier cita programada.

Reconozco que otorgo a Quality Care Wellness LLC la autorización para brindarme tratamiento basándose en la evaluación realizada hoy.

Firma: _____ Fecha: _____

Tel: 561-603-9603

Fax: 561-516-6965



DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Yo, _____, Por la presente autorizo
:

**Quality Care Wellness LLC
3640 N. Federal Hwy
Suite 5
Lighthouse Point, FL 33064**

Autorizo la divulgación de información psiquiátrica, psicológica y médica de mi historial clínico, de conformidad con los Estatutos de Florida 394.459 (9) y 90.503.

A (por ejemplo, familiares directos, médico de cabecera u otra persona). Especifique (si no desea que se divulgue esta información).

UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA DIVULGACIÓN DE HISTORIALES MÉDICOS U OTRA INFORMACIÓN NO ES SUFICIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA/PSICOLÓGICA.

Yo, _____, entiendo que tengo derecho a negarme a otorgar o revocar esta autorización mediante notificación por escrito a la fuente de la información mencionada anteriormente en cualquier momento antes de que se divulgue la información.

La persona/las instituciones mencionadas anteriormente quedan exentas de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la divulgación de la información solicitada.

PROHIBICIÓN DE REDIVULGACIÓN: Esta información ha sido divulgada de un expediente cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal (42 CFR Parte 2). Se prohíbe al destinatario divulgarla a cualquier otra persona, excepto a la persona a quien concierne o a su tutor legal.

Esta autorización será válida por un (1) año a partir de la fecha de la autorización.

Firma del paciente: _____

Tutor/Representante legal: _____
(Si el paciente es menor de edad o no puede firmar, se debe adjuntar una copia del poder notarial).

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

Tel: 561-603-9603

Fax: 561-516-6965



ACUSE DE RECIBO

DE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente, confirmo que fui informado/a del “Aviso de Prácticas de Privacidad” y que tuve la oportunidad de leerlo o se me proporcionó una copia (previa solicitud) y que comprendí dicho Aviso.

Nombre del paciente (Escriba en letra de imprenta)

Fecha

Representante autorizado (si corresponde)

Firma del paciente



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

¿Por qué vas al médico hoy?

Enumere los medicamentos que toma actualmente: (nombre / dosis / cuándo los toma / médico que los recetó)

Enumere los problemas médicos/tratamientos actuales: (afección / medicamento / médico tratante)

Alergias:

Enumere tres (3) comportamientos que le preocupan MÁS (el más preocupante primero y la fecha en que los notó por primera vez):

Si no se producen cambios, ¿qué es lo que más le preocupa o le inquieta que pueda suceder?

¿Cuáles son las cosas que te causan más estrés en tu vida actualmente?

¿Está usted actualmente involucrado en algún litigio (demanda judicial)? Descríbalo.



Nombre del Paciente: _____

¿Ha experimentado anteriormente problemas de comportamiento o emocionales similares? _____
Si la respuesta es SÍ, descríbalos, indique cuándo ocurrieron (fecha) y qué tratamiento recibió (ambulatorio/hospitalario).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Por favor, enumere a cualquier familiar (materno o paterno) que haya sido diagnosticado o tratado por lo siguiente:

Nerviosismo / pánico / ansiedad: _____

Depresión: _____

Manía / Trastorno bipolar: _____

Suicidio / homicidio: _____

Alcohol / Drogas: _____

Antecedentes policiales (arrestos, cárcel / motivo): _____

Esquizofrenia: _____

Retraso mental: _____

Trastorno del aprendizaje (dislexia): _____

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: _____

Otros (describa): _____
