****

**DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE**

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

**Apellido**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **MI**: \_\_\_\_

**Dirección**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código postal**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónica**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono casa**: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono de trabajo**: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono celular**: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de Seguridad Social**: **\_\_**\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**De género**: Masculino / Femenino **Estado civil**: ( ) Casado ( ) Sola ( ) Divorciada ( ) Viuda

**Empleador**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ocupación**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código postal**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de cónyuge/Nombre de padres**: (Si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Referido por quien?**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación con el paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono**:( ) \_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**Por favor proporcionar tarjetas de seguros y foto ID a la recepcionista**

**Nombre de sobrante**: (Si es diferente de paciente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de Seguridad Social**: **\_\_**\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de seguro**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de póliza**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de grupo**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de seguro de secundaria**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de póliza**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de grupo**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certifico que la información anterior es correcta. Autorizo a Antonio A. Flores M.D., P.A. y Carlos Méndez Jr. PA-C para liberación o solicitud de información médica nexesaria para seguro de salud de proceso afirma. Autorizar a pago de prestaciones del seguro médicos al Antonio A. Flores M.D., P.A. Entiendo que será responsible por el tratamiento recibido en el momento que se prestan los servicios. Si estoy presentación de mi propio seguro, seré responsible de cualquier deducible o coaseguro debido. Antonio A. Flores M.D., P.A. proporcionará recibos desglosados por servicio prestado para el reembolso de terceros facturación.**

**Firma del Paciente**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACIÓN MÉDICA**

¿Está relacionado con este trabajo? ( ) Sí ( ) No

¿Relacionados con el accidente de automóvil? ( ) Sí ( ) No

**En caso afirmativo, ver rápidamenta la recepcionista.**

¿Qué quieres ser visto para hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE**

***POR FAVOR COMPLETE A LA MEJOR DE SU CAPACIDAD***

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO CONFIDENCIAL**: La información incluida aquí no se saldrá a conocer, salvo cuando usted nos ha autorizado a hacerlo.

Sírvase indicar brevemente sus problemas que han llevado a la oficina del médico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Estado civil: ( ) Casado ( ) Sola ( ) Divorciada ( ) Viuda

Hijos: ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, ¿cuántos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cualquier problema con sus salud y si es así, quien y que? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fumar?: ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, ¿como muchos paquetes por día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alcohol?: ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Uso de drogas ilícitas?: ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, ( ) En marcha ( ) Uso en el pasado

¿Qué sustancia(s)?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tienes alguna de estas condiciones o cualquier otro problema que desea que el médico a conocer?

( ) Problemas con Visión ( ) Problemas con Audición ( ) Hemorroides ( ) Problemas con Masticación o Deglución ( ) Soplo de Corazón ( ) Dolor en el Pecho

( ) Dificultad para respirar: Asma/Enfisema ( ) Orinar en la noche ( ) Corazón Omitiendo ( ) Hinchazón de Pies o Manos ( ) Corazón latiendo rápido ( ) Dolor al Orinar

( ) Prolapso de Válvula Mitral ( ) Colesterol Elevado ( ) Migrañas ( ) Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Quirúrgica**

*Cirugías: Fecha:*

( ) Amígdalas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Hernia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Adenoides \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Reemplazo de Rodilla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Vena Desnudándose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Reemplazo de Cadera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Vejiga Urinaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Pulmones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Estómago o Intestinos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Hemorroides \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Cirugías: Fecha:*

( ) Corazón \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Huesos Rotos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Vesícula Biliar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Histerectomía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Cesárea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Ovarios \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Tubal Ligation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Colonoscopia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Apéndice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Médico**

*(¿Ha tenido alguno de los siguientes?)*

*Fecha:* *Fecha:*  *Fecha:*

( ) Neumonía \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Migrañas \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Dolor en el Pecho \_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Hipertensión \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Reflujo Ácido \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Enfermedad Hígado \_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Trazo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Hipertiroidismo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Enfermedad Riñón \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Cáncer \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Hipotiroidismo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Enfermedad Respiratorias \_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Úlcera Péptica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Gota \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Pólipos de colon \_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Ictericia \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Diverticulitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Síndrome del Intestino Irritable \_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Hepatitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Enfermedad Inflamatoria del Intestino \_\_\_\_\_

**Historia Familia**

*(Por favor revise las que se aplican e identificar qué miembro de la familia)*

(P) Padre, (M) Madre, (Ho) Hermano, (Ha) Hermana, (AOM) Abuelo Materno, (AOP) Abuelo Paterno,

(AAM) Abuela Materna, (AAP) Abuela Paterna

( ) Hipertensión \_\_\_\_\_

( ) Enfermedad Riñón \_\_\_\_\_

( ) Cáncer \_\_\_\_\_

( ) Enfermedad Corazón \_\_\_\_\_

( ) Enfermedad Tiroides \_\_\_\_\_

( ) Leucemia \_\_\_\_\_

( ) Ataque del Corazón \_\_\_\_\_

( ) Bocio \_\_\_\_\_

( ) Hepatitis \_\_\_\_\_

( ) Trazo \_\_\_\_\_

( ) Diabetes \_\_\_\_\_

( ) Artritis \_\_\_\_\_

( ) Enfermedad Pulmonar \_\_\_\_\_

( ) Cálculos Biliares \_\_\_\_\_

( ) Enfermedad Hígado \_\_\_\_\_

( ) Tuberculosis \_\_\_\_\_

( ) Epilepsia \_\_\_\_\_

( ) Pólipos de Colon \_\_\_\_\_

( ) Migrañas \_\_\_\_\_

( ) Enfisema \_\_\_\_\_

( ) Colitis Ulcerosa \_\_\_\_\_

( ) Úlcera Péptica \_\_\_\_\_

( ) Enfermedad Inflamatoria

del Intestino \_\_\_\_\_

( ) Síndrome del Intestino

Irritable \_\_\_\_\_

( ) Gota \_\_\_\_\_

( ) Enfermedad de Crohn \_\_\_\_\_

( ) Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vacunas Actuales**

*Fecha: Fecha: Fecha:*

( ) TD/Tdap \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) SPR \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Neumonía \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) HEP B \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) HPV \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Varicela \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) HEP A \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Meningitis \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Gripe \_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicamentos**

*(Lista de todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo los de venta libre, la prescripción y dosificación)*

Aspirina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tylenol: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hormonas/ Control de la natalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos Artritis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antiácidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Incluyendo; Tums, Rolaids, Alka-Seltzer, Maalox, Mylanta,*

*Riopan, Digel, Aamphojel, Alternagel, or Gaviscon)*

**Otros**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias**

¿Eres alérgica a algún medicamento? ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, indique por favor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Otras alergias sin medicamentos? ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, indique por favor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

**Acuse de Recibo del Notificación de Prácticas Privacidad**

**Su nombre y su firma en este documento indica que usted ha recibido una copia de las prácticas de privacidad de la Oficina Médica de Antonio A. Flores, M.D. P.A. en la fecha indicada. Adicionalmente, usted autoriza el uso y divulgación de su información médica según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad, salvo que se indique expresamente a continuación. Si usted tiene alguna pregunta sobre las prácticas de privacidad de nuestra oficina, favor de comunicarse con un representante de la Clínica o con el Oficial de Privacidad del Paciente, como lo indica el aviso.**

**¿Podemos nosotros lanzar su información de salud a miembros de familia o cualquier otro individuo o cuidadores de atención?**

**( ) SÍ ( ) NO**

**En caso afirmativo**, enumere nombre y la relación siguiente

Nombre: Relación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente solicito las siguientes restricciones en el uso y/o divulgación (especificar según corresponda) de mi información:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Manuscrito) Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha de Aviso Recibida

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si esta Representando al Paciente, Nombre Indique su Relación con el Paciente

**Política de la Oficina Para los Pacientes Acknowledgement Form**

He leído y entendido la Política de la Oficina para los Pacientes de Antonio A. Flores, M.D., P.A. Al firmar abajo Acuso recibo y la comunicación de estas políticas conmigo y se han hecho conscientes de que el incumplimiento con la política de la oficina para los pacientes puede resultar en mi despido como paciente para Antonio A. Flores, M.D. P.A. y asociado proveedores médicos. Entiendo que Antonio A. Flores, M.D. P.A. se reserva el derecho de modificar la política de la oficina para los pacientes según sea necesario y Me reservo el derecho de solicitar una copia impresa de la política de la oficina para los pacientes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente / Nombre del Tutor legal (Impresión) Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente / Firma del Tutor Legal Fecha

**Acuse de Recibo del Acuerdo Medicamentos y Política Recargas**

Con la firma de este reconocimiento, Confirmo que he leído, entendido, y aceptado todas de las políticas y secciones in the Medication Agreement and Refill Policy. Estoy de acuerdo en cumplir con las políticas de este acuerdo y entender que el incumplimiento para cumplir con este acuerdo puede resultar en mi despido como paciente de Antonio A. Flores, M.D. P.A.

**Tenga en cuenta que la medicación no será prescrito sin la aceptación de este acuerdo.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: (Manuscrito) Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: Guardián: (Si procede)

**Autorización a Acceso de la Información de Prescripción Histórico**

Yo por la presente autorizó los proveedores de servicios médicos de Antonio A. Flores, M.D. P.A. para acceder a mi información histórica de medicamentos recetados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guardián: (Si procede)

**Asociado Médico Consentimiento por Tratamiento**

Esta instalación cuenta con un asociado médico (Dennis Krueger, Jr, PA-C, Bobbi Thomas, FNP and Celia Rosales, FNP.) en el personal para ayudar en la prestación de la atención médica.

Un asociado médico no es un médico. Un asociado médico es un graduado de un programa de capacitación certificada y está autorizada por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asociado médico puede diagnosticar, tratar, y monitorear agudas enfermedades común y enfermedades crónicas, así como proporcionar atención de mantenimiento de salud.

“Supervisión” no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino más bien la supervisión de las actividades de y aceptar la responsabilidad por el servicio médico proporcionado.

Un asociado médico puede proporcionar servicios médicos que se encuentran dentro de su / sus educación, formación, y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

* Obtención de las historias y la realización de exámenes físicos
* Pedidos y / o la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
* Formulación de un diagnóstico de trabajo
* Desarrollo e implementación un plan de tratamiento
* Seguimiento de la eficacia de las intervenciones terapéuticas
* Ayudar con cirugía
* Ofrecimiento de asesoramiento y educación
* Proporcionar las muestras medicamentos y escribiendo recetas (donde sea permitido por la ley)
* Hacer referencias apropiadas

He leído lo anterior y entiendo que, de vez en cuando, Se me puede preguntó para ver un ayudante del médico pero no estarán obligados a hacerlo. Entiendo que, en cualquier momento, Puedo negarme a ver el asociado médico y la solicitud para ver a un médico. Sin embargo, Entiendo que si elijo NO para ver un asociado médico, No voy a ser capaz de programar mi cita hasta que el médico es disponible.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: (Manuscrito) Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: Testigo: (Si procede)