BIENVENIDOS A CANCER CARE DEL NORTE DE FLORIDA

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

UBICACIONES:

ONOCOLOGÍA MÉDICA
289 SW Stonegate Terrace,
Suite 103
Lake City, FL 32024
Teléfono: 386-755-1655
Fax: 386-755-2330

RADIONCOLOGÍA
4520 West US Highway 90
Lake City, FL 32055
Teléfono: 386-755-0601
Fax: 386-755-0602

Gracias por confiarnos su cuidado. En Cancer Care del Norte de Florida, creemos que el tratamiento del cáncer requiere intervención médica, sin embargo, también creemos que una voluntad fuerte y un sistema de apoyo sólido juegan un papel vital en el proceso de curación. Por este motivo, nuestro equipo de profesionales de atención oncológica altamente cualificados colabora estrechamente con nuestros pacientes y sus seres queridos durante todo el tratamiento y la recuperación. Es este enfoque compasivo, combinado con nuestras instalaciones de ultima generación, el ambiente cómodo, y el compromiso de utilizar las técnicas de tratamiento más avanzadas disponibles lo que ayudan a hacer de Cancer Care del Norte de Florida un centro de oncología de primera clase.

Para su primera visita, por favor complete y firme todos los formularios incluidos en su paquete. Deberá presentar estos formularios en la recepción de enfrente a su llegada. Si no puede completar estos formularios antes de su primera cita, por favor llegue 30 minutos antes y le ayudaremos. Si necesita reprogramar o cancelar su cita, por favor llame al menos 24 horas antes de su visita programada.

SU PRIMERA VISITA

Para evaluar su salud, es sumamente importante que recibamos su historial médico antes de la hora de su visita programada. Por favor, haga los arreglos necesarios para que su médico los envíe a nuestra oficina antes de su cita inicial. Para brindarle la más alta calidad de atención, su médico deberá revisar cualquier patología, informes quirúrgicos, radiografías, resultados de laboratorio, notas médicas y registros de pacientes hospitalizados que estén disponibles.

Aceptamos la mayoría de las compañías de seguros y nuestro personal trabajará con usted para asegurarse de que tiene la cobertura que necesita.

PEDIMOS QUE LOS PACIENTES SIEMPRE ...

- Nos mantengan informados de cualquier cambio en cualquier estadística vital como dirección, número de teléfono, situación laboral, estado civil o seguro.
- Proporcionen una lista actualizada de medicamentos en cada visita al consultorio; es necesario que revisemos todos los medicamentos recetados y de venta libre que se toman actualmente, incluidas vitaminas, hierbas, aspirinas, Tylenol, etc. A algunos pacientes les resulta más conveniente llevar los frascos de medicamentos a la cita.
- Permitan un tiempo de respuesta de 72 horas para los resurtidos de recetas. Tengan en cuenta que algunas recetas para analgésicos no permiten resurtirlas, por lo tanto, solicitamos que los pacientes se comuniquen con nosotros antes de quedarse sin medicamentos.
- Tengan en cuenta los sistemas inmunológicos comprometidos de otros pacientes y que se abstengan de traer niños a sus citas. Si se sienten enfermos, llámenos antes de su cita para que podamos brindarles orientación.
- Anoten cualquier pregunta o inquietud que surja para discutirla con el médico. Una vez que un paciente ha hecho una cita, todas las facetas de nuestros servicios, desde los últimos hallazgos de investigación hasta la tecnología más avanzada, se utilizarán para brindar el más alto nivel de atención médica de calidad.

Una vez más, le damos la bienvenida y le damos las gracias por elegir a Cancer Care del Norte de Florida. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.cancercareofnorthflorida.com. Si necesita asistencia adicional, llame al (386) 719-3850.

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

REGISTRO DEL PACIENTE

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre de nacimiento: _____ /___ /_____ Edad: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Transgenero: ☐ M a F ☐ F a M

No. de seguro social: _____ Teléfono móvil: (____) _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos enviarle un correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Idioma preferido: _____

Etnia/Raza: ☐ Blanco ☐ Hispano/Latino ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo Americano

☐ Asiático/Isleño del Pacífico ☐ Otro

Ocupación: _____

☐ Empleado/Independiente ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Discapacitado

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: (___) _____

Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Otro

En dónde vive: ☐ Vive solo ☐ Vive con la familia ☐ Vive en un asilo de ancianos

☐ Residente durante el inverno ☐ Residen te todo el año

¿Recibe actualmente atención médica a domicilio? ☐ Sí ☐ No

Hijos: ☐ Sí ☐ No Si los tiene, ¿cuántos tiene? _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Médico de referencia (si es diferente): _____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

Iniciales del paciente: _____ Teléfono: _____

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

REGISTRO DEL PACIENTE

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: (_____) _____

Poder notarial duradero para atención médica: ☐ Sí ☐ No _____

Relación con el paciente: _____

Testamento vital para la atención médica: ☐ Sí* ☐ No *Proporcione una copia para nuestros registros

Primario Aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza principal: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ No. de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del tomador del seguro: _____

Número de póliza: _____ No. de grupo: _____

¿Cubre el plan las recetas médicas? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación)

Cobertura de recetas médicas: _____

Secundario Aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza principal: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ No. de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del tomador del seguro: _____

Número de póliza: _____ No. de grupo: _____

¿Cubre el plan las recetas médicas? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación)

Cobertura de recetas médicas: _____

Certifico que la información que he dado hoy es la mejor posible y lo más completa y exacta posible. Notificaré al médico/personal cualquier cambio o adición en visitas posteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

Iniciales del paciente: _____

Nombre del testigo: _____ Relacion con el testigo: _____

Firma del testigo: _____

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____

Motivo de la visita: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA

Procedimiento	Fecha	Quién la llevó a cabo

¿Tiene un dispositivo implantado, como un marcapasos? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione una copia de la tarjeta de su dispositivo para nuestros registros.

¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido tratamiento de radiación o quimioterapia en el pasado? ☐ Sí ☐ No

ALERGIAS Y SENSIBILIDADES:

(Enumere las alergias que tiene y cómo le afecta cada una).

☐ Sin alergias conocidas ☐ Ninguna alergia conocida a los medicamentos

Alergia	Reacción

¿Alguna vez ha tenido una reaccion a la anestesia? ☐ Sí ☐ No

MEDICAMENTOS ACTUALES

(ADJUNTE LA LISTA DE MEDICAMENTOS SI ES NECESARIO)

Nombre	Dosis y frecuencia	Quién prescribe

TODOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA, INCLUYENDO VITAMINAS Y HIERBAS

Farmacia _____ Dirección _____ Teléfono _____

Iniciales del paciente: _____

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:

Indique cualquier miembro de la familia con cáncer de mama, ovario, páncreas, próstata, melanoma, colon, riñón o útero, enfermedad de la sangre u otra enfermedad.

	Edad:	Enfermedad:	Si falleció, causa de muerte:
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____
Hermanas/Hermanos:	_____	_____	_____
Niños:	_____	_____	_____
Tías/Tíos:	_____	_____	_____
Abuelos maternos:	_____	_____	_____
Abuelos paternos:	_____	_____	_____

HISTORIA SOCIAL:

Riesgos laborales:
Cualquier riesgo ocupacional (como ruido o exposiciones químicas)
☐ Sí ☐ No Sí es así, ¿qué es?: _____

Uso de Tabaco: (Presente y/o pasado)
☐ Nunca fumé
☐ Dejé de fumar ¿Cuándo? _____ ¿Cuántos años fumó?_____año(s) Edad de inicio: _____
¿Cuántos paquetes? _____ al día
☐ Actualmente fumo: ☐ Cigarrillos ☐ Pipa ☐ Cigarros ☐ Cigarrillos electrónicos
¿Cuántos paquetes? _____al día ¿Cuántos años? _____
☐ Mastico tabaco: ☐ Actualmente ☐ Anteriormente ¿Cuándo tiempo? _____

Consumo de alcohol: (presente y/o pasado)
☐ No bebo
☐ Número de botellas de cerveza _____ por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes
☐ Número de botellas de vino _____ por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes
☐ Número de botellas de licor _____ por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

HISTORIA NUTRICIONAL:

¿Ha habido un cambio en su apetito en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo está su apetito? ☐ Buen apetito ☐ Apetito moderado ☐ Poco apetito

¿Ha subido o bajado de peso en 1 mes sin querer? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuánto subió o bajó? _____

¿Está contento con su peso? ☐ Sí ☐ No
Si no, ¿está siguiendo un programa de dieta y ejercicio? ☐ Sí ☐ No

Para las mujeres: ¿Está tomando calcio adicional? ☐ Sí ☐ No

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

REVISIÓN DE SISTEMAS:

(Marque cualquier síntoma pasado o actual que tenga).

General:
- ☐ Buena salud
- ☐ Fatiga excesiva
- ☐ Adelgazamiento
- ☐ Obesidad
- ☐ Fiebres inexplicables
- ☐ Escalofríos
- ☐ Debilidad

Sistema inmunitario:
- ☐ Resfriados frecuentes
- ☐ Alergias al medio ambiente
- ☐ Infecciones graves

Respiratorio:
- ☐ Neumonía
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Enfisema
- ☐ Asma
- ☐ Tos crónica
- ☐ Tos productiva
- ☐ Tosiendo sangre
- ☐ Falta de aire
- ☐ Sibilancias

Cabeza y cuello:
- ☐ Cataratas
- ☐ Glaucoma
- ☐ Problemas de los senos paranasales
- ☐ Dolor de garganta

HEENT:
- ☐ Visión borrosa
- ☐ Doble visión
- ☐ Glaucoma
- ☐ Sensibilidad a la luz
- ☐ Ojos secos
- ☐ Lagrimeo excesivo
- ☐ Pérdida de la audición
- ☐ Zumbido en los oídos
- ☐ Úlceras de boca
- ☐ Boca seca
- ☐ Alteraciones del sentido del gusto
- ☐ Sensibilidad sinusal
- ☐ Ronquera
- ☐ Ictericia

Endocrino:
- ☐ Diabetes
- ☐ Trastorno de la tiroides
- ☐ Bochornos
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Reemplazo de hormonas

Hematológico:
- ☐ Anemia
- ☐ Ganglios linfáticos inflamados
- ☐ Coágulos de sangre
- ☐ Problemas de plaquetas
- ☐ Sangrado quirúrgico
- ☐ Moretones anormales
- ☐ Sangrado de las encías
- ☐ Hemorragias nasales
- ☐ Transfusiones de sangre
- ☐ Trastorno hemorrágico
- ☐ VIH o SIDA

Seno:
- ☐ Masas anormales
- ☐ Secreción del pezón
- ☐ Inversión del pezón
- ☐ Dolor
- ☐ Cambios en la piel
- ☐ Masa axilar

Cardiovascular:
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Ataques al corazón
- ☐ Hipertensión
- ☐ Insuficiencia cardiaca / Enfermedad del corazón
- ☐ Hinchazon de piernas / pies
- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Problemas de ritmo
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Alta presión sanguínea
- ☐ Diabetes tipo 1 o tipo 2

Gastrointestinal:
- ☐ Estrefñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Vómitos
- ☐ Úlceras estomacales
- ☐ Sangrado rectal
- ☐ Problemas de la vesícula biliar
- ☐ Hepatitis
- ☐ Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- ☐ Heces negras
- ☐ Cambios intestinales
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Hemorroides
- ☐ Náuseas
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Dificultad para deglutir
- ☐ Acidez de estómago
- ☐ Infección de las vías urinarias
- ☐ Cirrosis hepática

Genitourinario:
- ☐ Pérdidas involuntarias de orina
- ☐ Micción frecuente
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Problemas de vejiga
- ☐ Incontinencia
- ☐ Vacilación
- ☐ Problemas de erección

Musculoesquelético:
- ☐ Artritis
- ☐ Dolor de huesos
- ☐ Gota
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Dolor muscular
- ☐ Dolor en las articulaciones
- ☐ Inflamación de las articulaciones
- ☐ Rango de movimiento limitado
- ☐ Dolor de espalda

CONTINÚA EN LA PARTE DE ATRÁS

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

REVISIÓN DE SISTEMAS (CONTINUACIÓN)

(Marque cualquier síntoma **ACTUAL** que tenga).

Neurológico:
☐ Dolor de cabeza/ Migraña
☐ Debilidad focal
☐ Parálisis
☐ Neuropatía
☐ Discapacidad del habla
☐ Temblor
☐ Conciencia alterada
☐ Equilibrio/Mareos
☐ Apoplejía o ataque isquémico transitorio
☐ Convulsión
☐ Desmayos
☐ Pérdida de memoria
☐ Confusión

Psiquiátrico:
☐ Problemas para dormir
☐ Depresión
☐ Ansiedad
☐ Cambios de apetito
☐ Pensamientos suicidas
☐ Trastornos de pánico

Tegumentario (piel):
☐ Sarpullido
☐ Comezón
☐ Lesiones de la piel

Ginecológico:
Menstruaciones abundantes: ☐ Sí ☐ No
Edad de inicio de la menstruación: _____
Fecha de la última menstruación: _____
No. de embarazos: _____
¿Abortos /abortos naturales? ☐ Sí ☐ No
Lactancia materna: ☐ Sí ☐ No
Fecha del último papanicolau: _____
Fecha de la última mamografía: _____
¿Alguna vez se ha hecho una colonoscopia? ☐ Sí ☐ No
Fecha de la más reciente: _____

Fima: _____ Fecha: _____

Iniciales del paciente: _____

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS:

(Mencione los problemas médicos actuales y pasados que han sido tratados y el médico que lo atendió).

Enfermedad / Problema médico

_____

_____

_____

Médico

_____

ESCALA DE DOLOR:

¿Siente dolor? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indíquelo en una escala del 1 al 10 (0 = sin dolor, 10 = el peor dolor)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A CANCER CARE DEL NORTE DE FLORIDA Y SUS ASOCIADOS

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ No. de seguro social: _____
(Por favor escriba con letra de molde)
Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN QUE DEBE FACILITARSE DE/A: ☐ DE ☐ A

Por la presente autorizo la entrega de información de mi historial médico de/a (Nombre del proveedor)

_____

_____ _____ _____ _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

_____ _____
Teléfono Fax

Incluidos los contenidos relativos al abuso de drogas o alcohol, psiquiátricos, notas de psicoterapia y relacionados con el VIH (SIDA) diagnóstico y/o resultados de pruebas. Exclusiones de lo anterior:

_____

INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ DE/A: ☐ DE ☐ A

☐ **MEDICAL ONCOLOGY**
289 SW Stonegate Terrace,
Suite 103
Lake City, FL 32024
Tel: 386-755-1655
Fax: 386-755-2330

☐ **RADIATION ONCOLOGY**
4520 West US Highway 90
Lake City, FL 32055
Tel: 386-755-0601
Fax: 386-755-0602

TIPO DE REGISTROS

☐ TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS (solo pertinentes) (limitado a 2 años de información)
☐ Historia y físico
☐ Resumen de alta
☐ Informe de la operación
☐ Informe de consulta
☐ Notas de psicoterapia solamente
☐ Informes de radiología (Especifique): _____
☐ Resultados de laboratorio
☐ Resultados de examenes hechos anteriormente
☐ Informes de las salas de emergencias
☐ Otra información (Especifique): _____

EL PROPÓSITO O NECESIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ES:

(Por favor marque todas las casillas que correspondan)
☐ Médica ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Personal ☐ Otro: _____

CONTINÚA EN LA PARTE DE ATRÁS

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

- Autorizo la divulgación de la información especificada de mis registros médicos.
- Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA). No obstante, en virtud de la legislación de California, el solicitante no podrá seguir utilizando o divulgando la información médica a menos que obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente exigido o permitido por la ley en virtud de las leyes estatales de confidencialidad.
- Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar mi información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito y no afectará la información que ya haya sido utilizada o divulgada,
- Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Una fotocopia de este comunicado es tan efectiva como el original.
- He recibido una copia de esta autorización.

FIRMA: _____ Fecha: _____

(Paciente / Representante Legal / Tutor)

(SECCIÓN UNICAMENTE PARA EL MÉDICO)

Registros obtenidos en el curso del TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

El abajo firmante, el médico, psicólogo licenciado o trabajador social con una maestría en trabajo social, por la presente (aprueba) (desaprueba) la divulgación de información y registros. Tenga en cuenta a continuación cualquier restricción sobre la divulgación de registros (Nota: no se requiere aprobación para entregarse al abogado del paciente)

Si se niega, por favor proporcione el motivo: _____

Firma: _____ Fecha:_____

(Médico/ Psicó1ogo / Trabajador Social)

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir a Cancer Care del Norte de Florida como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza que ha mostrado con su elección y estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención médica. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que comprende nuestra autorización para el tratamiento, el pago y las políticas financieras del paciente. Si desea recibir una explicación más detallada de nuestras políticas financieras, solicite una copia.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Doy permiso a Cancer Care del Norte de Florida para proporcionar servicios médicos para diagnóstico y tratamiento. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por las servicios prestados y para que mi compañía de seguros pague directamente a Cancer Care del Norte de Florida.

USO DE LA FOTOGRAFÍA

Acepto que cualquier identificación con foto tomada en el momento de mi cita se considerará parte de mi registro médico y se utilizará únicamente con fines de identificación.

RECETA MÉDICA ELECTRÓNICA PARA HISTORIAL

Podemos solicitar y utilizar la información de su historial de medicamentos recetados mediante nuestra función de recetas electrónicas. Esto es solo con fines informativos para que un registro actualizado de su medicamento esté disponible para su tratamiento y seguridad.

AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

- Con mi firma a continuación, autorizo a Cancer Care del Norte de Florida a divulgar información médica y de otro tipo a las compañías de seguros necesarias y terceros pagadores que requieran el pago o los servicios de salud prestados.
- Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a Cancer Care del Norte de Florida. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos o negados total o parcialmente por mi(s) plan(es) de seguro.

He leído, comprendo y acepto las disposiciones de este formulario de Autorización para Tratamiento y Pago de Beneficios Médicos.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Para proteger su privacidad, por favor indíquenos cómo quiere que nos pongamos en contacto con usted y a quién podemos facilitar su información médica privada (PHI, por sus siglas en inglés) en su nombre.

☐ No, por favor no hable con nadie sabre mi información médica privada. **ADVERTENCIA: si elige esta opción y se enferma y no puede llamar o acudir al consultorio para recibir asistencia, podemos, según nuestro criterio profesional, divulgar la información médica privada necesaria a otro profesional médico para asegurarnos de que reciba la atención médica adecuada.**

☐ Sí, permita la comunicación con:

Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Sobre qué tipo de información médica privada podemos hablar con los miembros de su familia designados y/u otras personas implicadas en su cuidado?

☐ Atención médica ☐ Información sobre facturación y pagos

Yo, _____ , entiendo que la autorización anterior permanecerá vigente hasta que la modifique por escrito. Me han dado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Cancer Care del Norte de Florida.

_____	_____	_____
Firma de paciente	Nombre en letra de molde	Fecha

Fecha de nacimiento: _____

POLÍTICA DE RESURTIDO DE RECETAS MÉDICAS

Todos los proveedores de Cancer Care del Norte de Florida (médico, enfermera practicante o asistente médico) participan en envío de las recetas médicas electrónicas directamente a sus farmacias locales y de pedidos por correo. Nuestro objetivo es ayudar a los pacientes con solicitudes de recetas de manera eficiente y oportuna. Para procesar su solicitud lo más rápido posible, consulte los detalles de nuestra política de recetas.

- Los resurtidos de medicamentos recetados requieren una estrecha supervisión por parte de su médico, enfermera practicante o asistente médico para garantizar la continuación segura de la dosis, la frecuencia y el plazo adecuados de ese medicamento. Su proveedor le recetará la cantidad adecuada de resurtidos de recetas para que le dure hasta su próxima cita programada.
- Es responsabilidad del paciente programar su próxima cita con anticipación y con el tiempo adecuado para recibir un resurtido de la receta.
- Mantener actualizada la información de la farmacia es responsabilidad del paciente. Confirme con nuestra práctica que la dirección y el número de teléfono correctos de su farmacia local o la información de la farmacia de pedidos por correo estén archivados. Las solicitudes de resurtido de recetas se enviarán electrónicamente a su farmacia. Su farmacia se comunicará con usted cuando su receta esté lista.
- Las recetas clasificadas como sustancias controladas no se procesan fuera de horario ni los fines de semana.
- Espere entre 48 y 72 horas para procesar las solicitudes de recetas. Los medicamentos que requieren autorización previa pueden requerir tiempo adicional para procesar. Planifique con anticipación los resurtidos durante las vacaciones y cuando viaje.
- Si necesita un resurtido de emergencia, las solicitudes de resurtido de recetas deben enviarse electrónicamente desde la farmacia directamente a la oficina. Si su proveedor lo aprueba, se enviará un resurtido apropiado a su farmacia preferida. Si no se aprueba el resurtido de su receta, comuníquese con el consultorio de su proveedor para programar una cita.

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN PARA LA CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Para su comodidad, la oficina se comunica a través de diferentes medios electrónicos, incluido nuestro portal seguro para pacientes, teléfono y mensajes de texto para recordatorios de citas.

Podemos ponernos en contacto con usted en:

¿Casa? ☐ Sí ☐ No Teléfono _____ Trabajo? ☐ Sí ☐ No Teléfono _____

¿Teléfono Celular? ☐ Sí ☐ No Número _____

¿Por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No Dirección de correo electrónico _____

¿Podemos enviar un recordatorio de la cita por mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático o celular? ☐ Sí ☐ No

¿Cualquier información? ☐ Sí ☐ No

Limite la información a lo siguiente: _____

¿Podemos dejar un mensaje con un familiar u otra persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

¿Cualquier información? ☐ Sí ☐ No

Limite la información a lo siguiente: _____

Marque a continuación si NO desea que Cancer Care de Norte de Florida se comunique con usted en cualquiera de los siguientes métodos de comunicación:

☐ Teléfono celular ☐ Mensaje de texto ☐ Teléfono particular ☐ Correo electrónico seguro
☐ Portal del paciente en línea

¿Está bien dejar un mensaje detallado en su correo de voz? ☐ Sí ☐ No

_____ _____

Firma del paciente o representante Fecha

MRN:

CANCER CARE OF NORTH FLORIDA

POLÍTICA DE PAGO DEL PACIENTE

Estimado paciente,

Gracias por elegir a Cancer Care del Norte de Florida como su proveedor de atención médica, Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad. Hemos desarrollado una política de pago para ayudarlo a comprender su responsabilidad y la de su compañía de seguros (si corresponde), Lea la política y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si la solicita. Si tiene preguntas, háganoslo saber.

1. **Seguro.** Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de su contrato. Como cortesía, facturaremos a su plan de seguro por usted, si nos brinda información precisa. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre la cobertura.
    a. Seguros no contratados: si no estamos contratados con su compañía de seguros, tenga en cuenta que sus gastos de bolsillo pueden ser mayores que los previstos originalmente. Le daremos una estimación de sus costos, pero el monto final adeudado será determinado por el reembolso de su compañía de seguros.
2. **Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que es posible que algunos de los servicios que reciba no estén cubiertos o que Medicare u otras aseguradoras no los consideren razonables o necesarios
3. **Presentación de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a que se paguen sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud, Tenga en cuenta que los cargos por los servicios recibidos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo**.**
4. **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar un formulario de información del paciente antes de ver al médico. Le pediremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro actual y válida como prueba de seguro
5. **Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, notifique a nuestra oficina de inmediato para que podamos realizar los cambios apropiados en su información de facturación. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, será responsable de todos los cargos incurridos.
6. **Copagos.** Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros.
7. **Falta de pago.** Tenga en cuenta que, si no paga su parte de la factura, es posible que remitamos su cuenta a una agencia de cobro y es posible que se le exima de esta práctica.
8. **Pagos.** Para su comodidad, Cancer Care del Norte de Florida acepta cheques y tarjetas de crédito. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.
9. **Consejero Financiero.** Tenemos un asesor financiero disponible como recurso para nuestros pacientes.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con estas pautas. Entiendo que soy responsable de cualquier parte de mi factura que no esté cubierta por mi compañía de seguros

Firma del paciente o parte responsable	Fecha
Nombre en letra de molde	Relación con el paciente