

Broward ENT & Aesthetics

Wilson DuMornay, MD, FACS | Maria Espinel, MSN, FNP-BC

Información de Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero F M

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Cónyuge

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Ocupación/Educación: _____ Dirección: _____

Medico Primario (Nombre, Dirección y Numero telefónico): _____

Farmacia (Nombre, Dirección y Numero telefónico) _____

Información de Contacto en caso de Emergencia

Contacto de Emergencia: _____ Relación _____ Numero: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación _____ Numero: _____

Información de Seguro

Seguro Primario: _____

ID: _____ Grupo: _____

Seguro Secundario: _____

ID: _____ Grupo: _____

Por favor, entregar la tarjeta de seguro y una identificación con foto cuando haya completado esta forma, tenemos que hacer una copia para fines de facturación

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios de seguro se pagará directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Dr. Wilson Dumornay o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.

Firma de Paciente/ Guardián: _____ Fecha: _____

Broward ENT & Aesthetics

Wilson DuMornay, MD, FACS | Maria Espinel, MSN, FNP-BC

Historial del paciente

Hospitalización y cirugías (fecha y el motivo): _____

Historial médico: (¿Ha tenido alguno de los siguientes?)

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas del oído |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis –A, B, C | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Trastorno de articulación |
| <input type="checkbox"/> Trastorno renal | <input type="checkbox"/> Trastorno hepático | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Ataque de corazón |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel | <input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | | | | |

Historial Familiar: (¿alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones?)

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Trastorno genético | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis –A, B, C | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Trastorno de articulación | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hepático | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Ataque de corazón | |
| <input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

¿Tiene alguno de los siguientes?

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Letargo/debilidad | <input type="checkbox"/> Halos de visión | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales | <input type="checkbox"/> Salivación excesiva | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Goteo post nasal | <input type="checkbox"/> Masa bucal | <input type="checkbox"/> Tosiendo sangre |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Pulsación en los oídos | <input type="checkbox"/> Nariz que moquea | <input type="checkbox"/> Hinchazón de la lengua | <input type="checkbox"/> Estridor |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Perdida de la audición | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Jadear |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Picazón de oídos | <input type="checkbox"/> Disminución del sentido del olfato | <input type="checkbox"/> Caries dental | <input type="checkbox"/> Sangría |
| <input type="checkbox"/> Vértigo | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al sonido | <input type="checkbox"/> Sangrado Oral | <input type="checkbox"/> Dolor al tragar | <input type="checkbox"/> Coágulos |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Plenitud/presión del oído | <input type="checkbox"/> Dolor Oral | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello |
| <input type="checkbox"/> Malestar | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Cambios en el sabor | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos | <input type="checkbox"/> Drenaje del oído | <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Masa en cuello |
| <input type="checkbox"/> Doble Visión | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Aumento de las secreciones | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Aumento de infecciones | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar cuando esta acostado | | | |

Alergias: ¿Alguna vez le han hecho el examen de alergia? Si No ¿Cuándo? _____

¿Alguna vez ha tenido inyecciones para la alergia? Si No Cuando? _____

Es alérgico a cualquiera de los siguientes: Cinta Adhesiva Antibiótico Látex Barbitúricos (Pastillas para dormir) Aspirina

Sulfa Anestésicos locales Mariscos/Yodo **Tiene otras alergias?** (Nombre y Reacción) _____

Los factores de estilo de vida: ¿Ha fumado? Si No # de años _____ # Cajetillas/día _____ Fuma ahora? Si No # Cajetillas /día _____

Usa drogas recreativas? Si No tipos? _____ # veces/semanas _____

Cuanto alcohol bebe por semana? # Bebidas/semanas _____ Cuanta cafeína bebe por día? # Bebidas/días _____

¿Ha tenido la vacuna contra la neumonía Si No ¿Ha tenido la vacuna contra la gripe Si No **Altura** _____ **Peso** _____

La medicación actual: ¿Está tomando anticoagulantes? Si No ¿Qué medicamentos está tomando actualmente (Nombre/ Dosis/ Frecuencia): _____

Broward ENT & Aesthetics

Wilson DuMornay, MD, FACS | Maria Espinel, MSN, FNP-BC

POLISA FINANCIERA DEL PACIENTE

Válido en tarjetas de seguro han de ser presentado en el momento del servicio. Es responsabilidad del miembro para informarnos de cualquier cambio en la información demográfica o seguro.

COPAGOS

Todos los co-pagos son debidos en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito / débito. Hay una cuota de \$ 50.00 por cheques

AUTO-PAGO

Cuentas auto-pago se clasifican como pacientes que no tienen cobertura de seguro, o que tienen un plan de seguro que no participamos con y o beneficios fuera de la red no están disponibles. Se espera que los pacientes que se auto-pago para pagar la visita en su totalidad a tiempo de servicio.

REEMBOLSOS

Si hay un crédito en su cuenta, vamos a utilizar este crédito para todos los saldos futuros. En algunos casos un reembolso puede ser debido a que a partir de la práctica. Si este es el caso, se emitirá un cheque de reembolso. Un cheque no será emitido en las siguientes circunstancias; saldos de reclamaciones debidas por el paciente, reclamaciones pendientes con la compañía de seguros, y las próximas citas en el calendario.

CASOS DE DIVORSIOS

En el caso de divorcio, la persona que recibe el cuidado es responsable del pago de copagos, coaseguros y no participantes saldos de seguros. No vamos a facturar a un cónyuge divorciado por los servicios del paciente.

CASOS DE CUSTODIA INFANTIL

El padre de la custodia es responsable del pago en el momento del servicio si la cuenta se considera auto-pago, seguros o no participantes seguros participante. Si el padre sin custodia tiene el seguro en el niño, la oficina le cobrará a esa compañía de seguros. La práctica no se involucra con la específica de divorcio, (es decir, uno de los padres paga el 80% y el otro paga el 20%) Es la obligación de los padres de llegar a un acuerdo por sí mismas o a través del sistema judicial.

He leído y entendido la política financiera de la práctica y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos.

Firma de Paciente/ Guardián: _____

Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____

Broward ENT & Aesthetics

Wilson DuMornay, MD, FACS | Maria Espinel, MSN, FNP-BC

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD AGRADECIMIENTOS

Entiendo que, en el marco del seguro de salud portabilidad y rendición de cuentas de trabajo de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta.
- obtener el pago de terceros pagadores.
- operaciones de atención médica normal, como evaluaciones de calidad y certificaciones médico.

He recibido, leído y entendido que aviso o prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas privadas.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja el uso y la revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica de mi información privada. También entiendo que no están obligados a aceptar mi solicitud de restricción, pero si no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones, pero si no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con dichas restricciones.

Firma: _____

Fecha: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA PERSONA

Este formulario le permitirá designar e individual (s) a quien la consulta del doctor Dumornay puede revelar su información de salud protegida. Esto puede incluir información de identificación individual en relación con el tratamiento de salud mental o resultados de la prueba del VIH como la liberación de la información que requiere su consentimiento escrito por separado.

Si no desea designar un individuo (s) para recibir su información de salud protegida, indicar "NINGUNA" a continuación:

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Por la presente autorizo a la oficina del doctor Wilson Dumornay para divulgar información médica protegida a lo siguiente:

1. _____

Relación al Paciente: _____ Número de Teléfono _____

2. _____

Relación al Paciente: _____ Número de Teléfono _____

Al firmar abajo reconozco que he tenido la oportunidad de leer y considerar el consentimiento de esta autorización y entiendo que mi información de salud protegida puede ser revelada a la persona (s) que aparece arriba. Yo entiendo que la designación de la persona (s) enumerada anteriormente no excluye la consulta del doctor Dumornay de revelar mi información de salud protegida como se indica por las prácticas de privacidad oficinas Salud.

Yo entiendo que tengo la opción de revocar esta autorización en cualquier momento y en ese momento me puedo ejecutar una nueva autorización. También entiendo que a menos que sea revocada por escrito completando nuevo formulario de autorización, esta autorización se mantendrá en efecto hasta que yo decida revocarla.

Firma de Paciente/ Guardián: _____

Fecha: _____

Broward ENT & Aesthetics

Wilson DuMornay, MD, FACS | Maria Espinel, MSN, FNP-BC

AUTORIZACIÓN PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre Previo _____

Solicito y autorizo _____ to liberar información de salud del paciente antes mencionado a:

Name: Dr. Wilson DuMornay

Address: 3536 N Federal Hwy Ste 102

City: Fort Lauderdale State: FL Zip Code 33308

Esta solicitud y autorización se aplica a:

La información sanitaria relacionada con las siguientes condiciones de tratamiento, o fechas

Toda la información de la salud

Otro: _____

Definición: Enfermedad de transmisión sexual (ETS), como lo define la ley, RCW 70.24 y siguientes, incluye, herpes simple, el virus del papiloma humano, verrugas, verrugas genitales, condiloma, clamidia, no específico uretritis, sífilis, VDRL, chancroide, linfo granuloma Venereuem, el VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y la gonorrea.

Si no Autorizo la divulgación de los resultados de mi prueba de ETS, VIH / SIDA, ya sean positivas o negativas, a la persona listados arriba. Yo entiendo que la persona (s) enumerado anteriormente será notificada de que debo dar específica permiso por escrito antes de la divulgación de estos resultados de la prueba a nadie.

Si no I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the

Persona (s) que aparece arriba.

Firma de Paciente: _____ Fecha Firmado: _____

ESTA AUTORIZACION SE VENCE NOVENTA DIAS DESPUES DE SER FIRMADO
SI MAS DE 25 PAGINAS POR FAVOR DE ENVIAR POR CORREO.