

New Patient Form

Fecha: _____ Seguro Social: _____
Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: _____
 Soltero Casado Divorciado Separado Viudo/a Lenguaje Primario: _____
Miembros Familiares en la práctica: _____
Padre o Pareja: _____
Nombre de hijo/a (Aun si Adultos): _____
Edades: _____ Mandado por: _____

.....

*Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: Hogar: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____
Dirección del Norte: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Ocupación: _____
Email: _____ *Farmacia: _____
*Contacto de emergencia: _____ *Telefono: _____ *Relacion: _____

.....

Compañía de Seguro Médico Primaria: _____ Póliza #: _____ Grupo#: _____
Nombre de asegurado: _____ Relación: _____
Dirección de asegurado: _____
Seguro Social de asegurado: _____ Fecha De Nacimiento de Asegurado: _____
Seguro Secundario de Medicare: _____ # de Póliza _____ # de Grupo _____

.....

¿Cuáles son sus principales preocupaciones de salud hoy?

Dr. Yovanni Tineo P.A.
90 Cypress Way East, Suite 10
Naples, Fl. 34110

acofp | American College of
Osteopathic
Family Physicians

Para: Nuestros Pacientes programado para **Visita De Nuevo/a Paciente**

Hoy estas programado para su **Visita de Nuevo/a Paciente**, los componentes de su visita de nuevo/a paciente no es igual que su Examen Físico. Su visita de hoy estará cifrada como “Visita De Nuevo/a Paciente” y no como “Examen Físico”.

***Por lo tanto será facturada como tal y no diferente.** De otra manera seria fraude a su póliza de seguro. Si usted tiene un deducible en su seguro usted será responsable por el pago de su visita de hoy. El pago se debe efectuar en al momento de servicio.

Yo entiendo la póliza de la oficina en referencia a la **Visita de Nuevo/a Paciente a establecer con medico.**

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Para mis pacientes:

Por favor sean informados que debido a los diferentes cambios en seguros y pólizas individuales, es difícil saber todos los procedimientos y diagnósticos que son y no son cubiertos. Por favor, tenga en cuenta ciertas condiciones médicas no están cubiertas por los seguros y estarán a cargo del paciente. Las siguientes son algunas condiciones médicas que no son cubiertas por muchos seguros: la obesidad, insomnio, estrés, depresión, abuso de tabaco, etc. Es imprescindible que usted compruebe el manual de su póliza y esté al tanto de lo que esta y no está cubierto.

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Dr. Yovanni Tineo P.A.

90 Cypress Way East, Suite 10
Naples, FL 34110

acofp | American College of
Osteopathic
Family Physicians

CONSENT FOR PELVIC EXAMINATION (FLORIDA)

Los pacientes tienen el derecho y la obligación de tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Su proveedor de atención médica puede brindarle la información y el asesoramiento necesarios, pero como paciente o representante legal, debe participar en el proceso de toma de decisiones. Este formulario ha sido diseñado para reconocer su aceptación o rechazo del tratamiento recomendado o potencialmente recomendado por su proveedor de atención médica.

Yo _____ autorizo **Dra. Yovanni Tineo** (Médico, enfermera titulada de práctica avanzada o enfermera) para realizar un examen pélvico.

Un examen pélvico es una serie de tareas que incluyen un examen de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto, los testículos o el tejido u órganos pélvicos externos utilizando cualquier combinación de modalidades, que pueden incluir, entre otras, , la mano enguantada o el instrumental del proveedor de atención médica.

Los riesgos y complicaciones asociados con un examen pélvico incluyen, pero no se limitan a:

- malestar
- sangrado
- infección

Los riesgos asociados con fallar o negarse a someterse a un examen pélvico incluyen:

- Mayor carga de síntomas que incluyen malestar, picazón, estreñimiento, sangrando o erupción
- La imposibilidad de obtener un diagnóstico y/o una demora en el diagnóstico y/o tratamiento de una condición médica
- La incapacidad de su proveedor de atención médica para tener la información necesaria para tratarlo adecuadamente..

SIEMPRE TIENE EL DERECHO DE RECHAZAR ESTE EXAMEN EN CUALQUIER MOMENTO. ES SU RESPONSABILIDAD INFORMARNOS SI NO QUIERE EL EXAMEN O DESEA PARAR DURANTE EL EXAMEN DESPUÉS DE QUE HAYA COMENZADO.

I certify that the nature and character of a pelvic examination and the anticipated benefits involved have been explained to me.

Yo, **SI** autorizo, O **NO** autorizo the above-identified clinician(s) to perform such examination as in his or her professional judgment are necessary.

Certifico que se me ha explicado completamente este formulario, que lo he leído, o me lo han leído, y que entiendo su contenido.

Nombre : _____

Firma: _____

Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO

Ponga todas las cirugías en una lista, hospitalizaciones, heridas o problemas médicos por los cuales usted ha estado bajo el cuidado de un doctor. Incluya Embarazos.

<u>Año</u>	<u>Cirugía/Problemas Médicos/Heridas/Accidentes</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Las Medicaciones Corrientes (Incluyen todas las prescripciones, vitaminas, calico, control de la natalidad, y todos otro con frecuencia usado sobre las medicaciones contrarias.)

	<u>Nombre de Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Razón por tomar</u>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Alergias a Medicaciones: _____ **Reacción:** _____

Historia de Familia	Nombre	Vivo/Difunto	Edad	Causa de Problemas de Muerte/médicos
Madre				
Padre				
Hermano(s)				
Hermana(s)				

¿Cualquiera de sus Parientes de sangre tienen una historia de cualquiera de las enfermedades siguientes?

Ataque cardíaco	Si ___ No ___	Quien?	Infarto Cerebral	Si ___ No ___	Quien?
Migrañas	Si ___ No ___	Quien?	Cáncer del seno	Si ___ No ___	Quien?
Cáncer de Colon	Si ___ No ___	Quien?	Diabetes	Si ___ No ___	Quien?
Enfermedad Mental	Si ___ No ___	Quien?	Sangramiento	Si ___ No ___	Quien?
Hipertensión	Si ___ No ___	Quien?	Colesterol	Si ___ No ___	Quien?
Hyperlipidemia	Si ___ No ___	Quien?			
Otro					

Compruebe síntomas que usted actualmente tiene

GENERAL

- Frialidad
- Depresión
- Mareo
- Desmayo
- Fiebre
- Olvido
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- Pérdida de Peso
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Sudores
- Pánico

MUSCULOSKETAL

- Calambres de músculo
- Uniones tiesas
- Hinchazón de Uniones
- Artritis generalizada
- Artritis reumatoide
- Síndrome de Fibromialgia
- Osteoporosis
- Dolor de cuello
- Dolor trasero superior
- Bajar atrás el dolor
- Dificultad con andar
- Dolor en pies
- Extremos superiores fríos

HEPATIC

- Enfermedad de hígado
- Hepatitis
- Ictericia
- Problemas de vesícula

GASTROINTESTINAL

- Appetito pobre
- Hinchazón
- Cambios de intestino
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre excesiva
- Gas
- Hemorroides
- Indigestión
- Náusea
- Sangría rectal
- Dolor de estómago
- Vómitos
- Vómitos de sangre

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho
- Hipertensión
- Latido irregular
- Hipotensión
- Rapidez de corazón
- Hinchazón de tobillos
- Ataque cardíaco
- Cirugía de desviación
- Angioplastia
- Prolapso de válvula de Mitral
- Soplo de corazón
- Paro cardíaco
- Falta de aliento

ENDOCRINO

- Sed excesiva o micción
- Intolerancia de calor
- Intolerancia Fría
- Problemas de tiroides
- Diabetes Mellitus

OJO, OÍDO, NARIZ, GARGANTA

- Sangría de Gomas
- Visión velada
- Ojos de cruces
- Dificultad Ingerir
- Doble Visión
- Dolor de oídos
- Descarga de oído
- Fiebre del heno
- Ronquedad
- Pérdida de Audiencia
- Hemorragias nasales
- Toque en oídos
- Problemas de seno
- Destellos de visión
- Visión-Halos

URINARIO

- Micción frecuente
- Dificultad orinar
- Incineración
- Carencia de control de vejiga
- Sangre en la orina
- Cálculos renales

HEMATOLOGIC

- Glándulas Hinchadas
- Anemia
- Sangría fácil
- Lento curarse
- Glándulas ampliadas
- Flebitis
- VIH positivo
- Coumandin

RESPIRATORIO

- Tos recurrente
- Bronquitis crónica
- Enfisema
- COPD
- Asma bronquial
- Tuberculosis
- Resuello

PERIFÉRICO VASCULAR

- Circulación pobre en brazos
- Sangre coagula en brazos
- Varices
- Circulación pobre en piernas
- Sangre coagula en piernas
- Cirugía vascular

PIEL

- Contusión fácilmente
- Urticaria
- Picor
- Cambios piel
- Cambios de pelo o uñas
- Erupciones recurrentes

HOMBRES Sólo

- Terrón de Pecho
- Dificultades de erección
- Terrón en testículos
- Descarga de Penal
- Llaga en pene

CONDICIONES QUE AYAS TENIDOS O TENGAS:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Dependencia de químicos | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Problemas con la Próstata |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Chicken pox | <input type="checkbox"/> Enfermedad del los riñones | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Reumática fiebre |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Mésales | <input type="checkbox"/> Scarlet fiebre |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Sangramientos | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Abortos espontáneos | <input type="checkbox"/> Atento al Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Bolas en el seno | <input type="checkbox"/> Goiter | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple | <input type="checkbox"/> Tonsilitis |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tifo |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Poliomieltitis | <input type="checkbox"/> Ulceras |

MUJERES SÓLAMENTE:

Ultimo Mamogramma: _____ Papanicolaou Anormal: Tratamiento _____
____ Sexo Dolorosa ____ Bolas en el Senos ____ Dolor en los Senos
Ciclo Menstrual: Edad de Inicio ____ () Regular () Irregular () Pesado () Poco ____ Dolor Menstrual Extremo ____ Dolor en el Pelvis
Embarazo Total: ____ # de Abortos/Perdidas: ____ #de Niños Vivos ____ Edad de menopausia ____ Reemplazos Hormonales ____ # de Años
Ultima Densidad de los Huesos: _____

FUMAR:

Alguna vez a fumado? ____ Si ____ No Fuma ahora? ____ Si ____ No Desde cuando Fuma _____
Cuantos cigarros al día ____ Si ____ No Tabaco ____ o Pipa _____

ALCOHOL:

Toma alcohol? ____ Sí ____ No ____ Sí, Cuánto _____
Alguna vez a tenido usted un problema con el Alcohol? ____ Si ____ No Sí, Explica _____

CAFFEINA:

Consume las bebidas con cafeína? ____ Sí ____ No ____ Sí ____ Café ____ Tea ____ Colas ____ Otras
Número de tazas por día _____

DROGAS:

Utiliza cualquier drogas de la calle? ____ Yes ____ No ____ Sí, explica _____
Alguna vez ha usado drogas ilegales? ____ Si ____ No ____ Si, Explica y Cuales? _____

Consentimiento De Paciente

Yo por la presente doy mi consentimiento para Dr. Yovanni Tineo P.UN. utilice y revele información protegida de salud (PI) acerca de mí llevar a cabo tratamiento, el pago, y operaciones de asistencia sanitaria (TPO). (El Dr. Yovanni Tineo Práctica Nota de Prácticas de Intimidad proporciona una descripción más completa de tales usos y revelaciones).

Tengo el derecho de revisar la Nota de Intimidad antes de firmar este Consentimiento. El Dr. Yovanni Tineo, el P.UN. Reserva el derecho de revisar su Nota de Prácticas de Intimidad en tiempo. Una Nota revisada de Prácticas de Intimidad puede ser obtenida adelantando una petición escrito al Dr. Yovanni Tineo en 90 Cypress Way East, Suite 10, Naples, FL 34110.

Con este Consentimiento, el Dr. Yovanni Tineo P.UN. Puede:

___ ENVIA a mi hogar u otra ubicación alternativa

Deje un mensaje detallado en: ___ EN CASA ___ CELULAR ___ TRABAJO ___ SOLO EN PERSONA

Yo por la presente consiento en soltar mi información médica a _____, con respecto a cualquier artículo que ayuda la práctica al llevar a cabo TPO, como recordatorios de cita, artículos de seguro, y cualquier llamada que pertenece a mi cuidado clínico, inclusive resultados de laboratorio entre otros.

Con este Consentimiento, el Dr. Yovanni Tineo, P.A. puede enviar a mi hogar u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayuda la práctica al llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de cita y declaraciones pacientes siempre que sean marcados Personal y Confidencial.

Firmando este Consentimiento, yo consiento al Dr. Yovanni Tineo, P.A. el uso y la revelación de mi PI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito pero hasta el punto que la práctica ya ha hecho revelaciones en la dependencia sobre mi consentimiento previo. Si yo no firmo este Consentimiento, ni renuncio posterior, el Dr. Yovanni Tineo puede disminuir proporcionar tratamiento a mí.

De Acuerdo:

Nombre de Paciente

Fecha

Fecha de Nacimiento de Paciente

Firma de Paciente o Rep. Legal

Consentimiento para Procedimientos Diagnósticos y/o Terapéuticos

Por este medio consiento en y autorizo a mi médico y cualquier otro profesional de salud como designado para realizar cualquier examen físico y procedimientos diagnósticos rutinarios sobre mí. También consiento en y autorizo a mi médico para prescribir un régimen terapéutico, que seguiré. A menos que yo explícitamente me niegue, consiento esto el procedimiento (s) diagnóstico e inmunización pedida por mi médico ser realizado en mí a pesar de los riesgos implicados y complicaciones que podrían estar implicadas, que me será explicado entonces les piden.

Firma De Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma De Padre/Guardian: _____

Consentimiento del paciente para el uso de Tele-Health

La telesalud implica la prestación de servicios de atención médica mediante comunicaciones electrónicas, tecnología de la información u otros medios entre un proveedor de atención médica y un paciente que no se encuentra en la misma ubicación física. La telesalud puede usarse para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y / o educación del paciente, y puede incluir, entre otros, uno o más de los siguientes:

- Transmisión electrónica de registros médicos, imágenes fotográficas, información personal de salud u otros datos entre un paciente y un proveedor de atención médica.
- Interacciones entre un paciente y un proveedor de atención médica a través de comunicaciones de audio, video y / o datos.
- Uso de datos de salida de dispositivos médicos, archivos de sonido y video.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi médico o con los asistentes que se designen, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telemedicina en mi atención médica. Por la presente autorizo al Dr. Yovanni Tineo a usar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma de Paciente

Fecha

Dr. Yovanni Tineo P.A

Aviso de normas de confidencialidad para información médica protegida

Fecha vigente: Enero 1, 2008

Este aviso explica como la información médica relacionada con usted puede ser utilizada y revelada, y como puede usted acceder a esa información. ¡Lea lo con cuidado, por favor!

Las leyes federales para la confidencialidad permiten al consultorio/hospital de utilizar y divulgar información médica del paciente por razones de tratamiento, pago, y operaciones de asistencia médica. La información médica protegida es la información que generamos y que obtenemos cuando le brindamos servicios a usted. Esta información puede incluir la documentación de sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnosis, tratamiento, y la aplicación de tratamiento en el futuro. También incluye la documentación de contabilidad relacionada con esos servicios.

Ejemplos de los usos de su información médica para fines de tratamiento son:

- Una enfermera obtiene información del tratamiento de usted y lo anota en un archivo médico.
- Durante su tratamiento, el médico decide que necesitará consultar con otro especialista en el área. Compartirá la información con tal especialista y obtener su opinión.

Ejemplos de los usos de su información médica para fines de contabilidad:

Nosotros presentamos pedidos de pago a su compañía de seguro médico. La compañía de seguro médico (u otra empresa que nos ayuda a obtener pagos) nos pide información sobre la asistencia médica que hemos ofrecido. Les prestaremos información acerca de usted y la asistencia ofrecida.

Ejemplos de los usos de su información médica para operaciones de asistencia médica:

Obtenemos servicios de nuestros aseguradores y otros socios comerciales como: la valoración de la calidad, el mejoramiento de la calidad, la valoración de resultados, el desarrollo de normas clínicas y de protocolo, programas de entrenamiento, el licenciamiento, control médico, servicios legales, y seguros. Compartiremos información sobre usted con tales compañías de seguro y otros socios comerciales según se necesite para obtener esos servicios.

Sus derechos sobre su información médica

Los archivos médicos y de contabilidad que mantenemos son propiedad física del consultorio/hospital. Sin embargo, la información que contienen pertenece al paciente. Usted tiene derecho a:

- Pedir una restricción sobre ciertos usos y revelaciones de su información médica mediante la entrega de una petición a nuestro consultorio/hospital—no estamos obligados a conformar con la petición, pero cumpliremos con cualquiera petición concedida;
- Obtener una copia del Aviso de normas de confidencialidad para información médica protegida, pidiéndolo en nuestro consultorio/hospital;
- Pedir que le dejen a usted inspeccionar y copiar su archivo médico y de contabilidad. Usted puede hacer esto con la entrega de una petición a nuestro consultorio/ hospital;
- Pedir un rechazo al acceso de su información médica protegida, salvo en ciertas circunstancias;
- Pedir que su archivo médico sea rectificado para corregir información incompleta o incorrecta, con la entrega de una petición a nuestro consultorio/ hospital. Podemos rechazar su petición si nos pide información que:
 - No fue generada por nosotros, a menos que la persona o entidad que generó la información no esté disponible para la rectificación;

- No hace parte de la información médica guardada por nuestro consultorio/ hospital;
- No hace parte de la información que se le permitiría a usted examinar y copiar; o,
- Está correcto y completo.

Si su petición es rechazada, se le informará de la razón del rechazo y usted tendrá la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo que haría parte de su archivo;

- Pedir que la comunicación de su información médica se haga de manera alternativa o en un lugar alternativo mediante la entrega por escrito de una petición a nuestro consultorio/ hospital;
- Obtener un informe sobre las revelaciones de su información médica cuyo mantenimiento es requerido bajo la ley, mediante una petición a nuestro consultorio/ hospital. Tal informe no incluirá usos o revelaciones para tratamiento, pago, o operaciones; revelaciones o usos dirigidos a usted o hechos a su petición; revelaciones o usos engendrados por una autorización firmada por usted; usos o revelaciones hechos en un directorio de instalación o a familiares o amigos vinculados a la participación de esa persona en la asistencia de usted o para el pago de tal asistencia; o, usos o revelaciones para avisar a la familia o a otros responsables por su cuidado de su situación, condición, o muerte.
- Revocar autorizaciones que usted hizo anteriormente para utilizar o compartir información con una revocación escrita a nuestro consultorio/ hospital, excepto si la información o acción ha sido ya tomada.

Nuestras obligaciones

El consultorio/ hospital está obligado a:

- Asegurar la confidencialidad de su información médica según requerido por la ley;
- Presentarle a usted un aviso de nuestros deberes y normas de confidencialidad con respeto a la información que acumulamos y mantenemos sobre usted;
- Cumplir con los términos de este aviso;
- Avisarle a usted si no podemos acudir a una petición suya; y,
- Acceder a sus peticiones razonables relacionados a la comunicación con usted de información médica.

Conservamos el derecho de rectificar, cambiar, o eliminar disposiciones en nuestras normas de confidencialidad y de acceso, y de poner en vigor nuevas normas relacionadas a la información médica protegida que mantenemos. Si nuestras normas de información cambien, rectificaremos nuestro aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia rectificada del aviso con una llamada pidiendo una copia de nuestro "Aviso," o una visita a nuestra oficina.

Para pedir información o registrar un queja

- No podemos, ni queremos pedirle a usted que renuncie su derecho de registrar una queja al Ministro de Salud y Servicios Humanos (HHS) como condición de recibir asistencia de nuestro consultorio/hospital.
- No podemos, ni queremos, tomar represalias contra usted por haber registrado una queja con el Ministro de Salud y Servicios Humanos.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____

Fecha: _____

Poliza Financiera

Estamos comprometidos a proveerle el mejor cuidado posible. Estamos al servicio para ayudarle a recibir los mejores servicios. A fin de conseguir estos objetivos, necesitamos su ayuda y su entendimiento de nuestra política de pago.

Los pagos son requeridos al momento del servicio. Aceptamos el pago en la forma de efectivo, Cheques, MasterCard, Visa, y Discover (no AMEX). **Los cheques devueltos son sujetos a comisiones de cobro adicionales.** Más de DOS (2) cheques devueltos, no aceptaremos mas cheques personales. **Los saldos más viejos de 90 días son expedidos a una agencia de colección con un cargo de 25 % por cada pago.**

Por favor realice que:

1. **Pólizas Comerciales:** Por favor esté consciente no todas las compañías de seguros cubren su físico anual. Usted será responsable si no es cubierto.
2. **Pacientes de Medicare:** Nos gustaría que usted entendería que la toma de la asignación significa que USTED es responsable de los DEDUCIBLES ANUALES y por el 20 % (COASEGURO) de lo que Medicare permite. Usted es también responsable de servicios que su segundo seguro no cubre.
3. La clasificación de **RECLAMACIONES DE SEGUROS SECUNDARIAS** es una cortesía que ampliamos a nuestros pacientes. Haremos todo lo posible para ayudarle en la clasificación de sus reclamaciones; sin embargo, todos los gastos son por último **su responsabilidad** después de la clasificación de inicial con su compañía de seguros. Realizamos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Le animamos a ponerse en contacto con nosotros puntualmente para nuestra ayuda en la dirección de su cuenta.
4. **Estoy de acuerdo si mi cuenta se cae delincente.** Seré responsable de TODO el costo de colección, incluso 35%, pero no limitado con el saldo excepcional, honorarios de abogado, costos judicial, honorarios de agencia de colección e interés de la fecha del servicio a razón del 1.5 % por mes {el 18 % por año}.
5. Autorizo a doctor Yovanni Tineo P.A. para presentar todas las reclamaciones de seguros participantes de mi parte. Entiendo que soy responsable de todos los servicios no pagados en su totalidad 60 días después del servicio, sin tener en CUENTA la razón dada por la compañía de seguros.
6. Para pacientes menores de edad de 18 un padre o guardián deben acompañar al niño que será responsable del pago de la cuenta en el momento del servicio. No podemos estar ligados por ningún divorcio u otros contratos de relación de familia.

Por favor note: Nuestra política de Cancelación es la siguiente: Si tiene necesidad de cancelar la visita de oficina debe ser anulada 24 horas de antemano. Prueba de tensión nuclear, Autorización Vestíbulo y ENG Oculomotor Proyección o cualquier otra prueba tienen que ser anulados 48 horas de antemano a fin de evitar honorarios de cancelación.

***** Todas las cuentas deben ser corrientes (tienen un saldo de 0.00 dólares) antes de que cualquier archivo médico sea liberado.**

***** Hay 15.00 dólares cargan a los pacientes para la finalización de formas (seguro, discapacidad, etc.).**

***** Hay un precio de 35.00 dólares para pacientes que tienen una cita, pero “no llamo, o se presenta.”**

SEGUROS PARTICIPANTES Y SIGNO DE ASIGNACIÓN DE MEDICARE ABAJO

Autorizo el pago de Beneficios Médicos para ser hechos de mi parte a doctor Yovanni Tineo D.O para cualquier servicio amueblado a mí. Autorizo la liberación de cualquier información médica sostenida por doctor Yovanni Tineo D.O a la administración de financiación de Medicare y sus agentes a fin de tratar mis reclamaciones.

Firma _____ Fecha _____

PACIENTES SIN SEGURO MEDICO - FIRMAN ABAJO

Soy totalmente consciente que pago es debido en el tiempo del servicio. Si mi cuenta se convierte delincuente soy consciente que seré responsable de todas las comisiones de cobro como declarado encima. Cualquier pregunta sobre la fijación de precios debería ser cuestionada antes del tratamiento dado.

Firma _____ Fecha _____

Autorización de Seguros y Asignación

Solicito el pago de beneficios de compañía de seguros de Asistencia médica/otra autorizados para ser hechos de mi parte a **Dr. Yovanni Tineo** para cualquier servicio amueblado a mí por aquel partido que acepta la asignación/médico. El reglamento o reglamentación que pertenece a la asignación de Asistencia médica de beneficios se aplica.

Autorizo a cualquier tenedor de la información médica u otra sobre mí para liberar a la Administración de Financiación de Asistencia Médica y Administración de Seguridad Social o sus intermediarios de portadores cualquier información necesaria para este o una reclamación de compañía de seguros de reclamación/otra de Asistencia médica relacionada. Permito a una copia de esta autorización ser usado en el lugar del original, y el pago de petición del seguro médico se beneficia a mí o al partido que acepta la asignación. Entiendo que esto es el mandatario para notificar al abastecedor de asistencia médica de cualquier otro partido que puede ser responsable de pagar para mi tratamiento. (La sección 1128B del Acto de Seguridad Social y 31 Congreso de los Estados Unidos 38/01-3812 proporciona penas para retener esta información.)

Solicito que el pago bajo la Asistencia médica u otro programa (s) de seguros médico sea hecho a doctor Yovanni Tineo P.A mientras sigo recibiendo servicios de ellos. Si yo debiera recibir algún control (pagos) queridos como el pago para servicios dados por doctor Yovanni Tineo P.A de la Asistencia médica y/o otra compañía (s) de seguros, los respaldaré inmediatamente y los volcaré a **Dr. Yovanni Tineo P.A** para servicios dados.

Entiendo que soy responsable del pago de todos los gastos y honorarios a **Dr. Yovanni Tineo P.A** al cual ellos tienen derecho a reunirse **incluso comisiones de cobro** que no es pagado para por Medicare u otro seguro.

Firma De Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma De Padre/Guardián: _____

Póliza de Renovación de Prescripción

Dr. Yovanni Tineo P.A está disponible para emergencias veinticuatro horas por día. Las renovaciones de prescripción, sin embargo, no deberían ser consideradas emergencias médicas. Deberían hablar de renovaciones de prescripción con su doctor durante su visita de oficina o por teléfono con las enfermeras entre las horas de a las 8:30 y a las 4:30, de Lunes a Viernes. Le regresaremos la llamada dentro de cuarenta y ocho horas. Los recambios son manejados más rápidamente llamando su farmacia y pidiéndoles mandar por fax su petición a nuestra oficina. ¡¡Si usted es incapaz de llamar su farmacia, por favor llame nuestra línea de enfermeras en **239-592-0011**

¡¡Por favor no espere a que su medicación se haya ya acabado completamente para llamar a nuestra oficina!!! Por siguiente de esta política, podemos asegurarle la calidad más alta de la asistencia médica.

Firma De Paciente

Fecha

Dr. Yovanni Tineo P.A.

acofp | American College of
Osteopathic
Family Physicians

90 Cypress Way East Suite 10
Naples, Fl. 34110
P: (239) 592-5655 F: (239) 592-1370

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Previous Name: _____ Social Security #: _____

I request and authorize _____

to release healthcare information of the patient named above to:

Name: Dr. Yovanni Tineo P.A.

Address: 90 Cypress Way East Suite 10

City: Naples State: Fl. Zip Code: 34110

This request and authorization applies to:

Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates: _____

All healthcare information

Other: _____

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereuem, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

Yes No I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

Yes No I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

Patient Signature: _____ Date Signed: _____

THIS AUTHORIZATION EXPIRES NINETY DAYS AFTER IT IS SIGNED.