



FORMULARIO PARA NUEVOS PACIENTES

(Por favor usar letra de imprenta.)

Nombre de paciente (Name): _____ Fecha de nacimiento (D.O.B.): _____

Dirección (Address): _____ Número de Seguro Social (SS#): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

teléfono (casa): _____ Celular: _____

Podemos dejar mensaje en su contestador automático / Correo de voz? ☐ Si ☐ No

Correo de internet (Email): _____

Dirección Alternativa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (PADRES / GUARDIAN SI EM PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

La persona que podemos contactar si no podemos contactarnos con usted.

Nombre: _____ Relación: _____

teléfono (casa): _____ Celular: _____

Poder legal (si es aplicable): _____ Relación con usted: _____

Testamento en vida (Living Will): ☐ Si ☐ No *Por favor proporcione una copia para su expediente.

Yo certifico que la información dada hoy es complete y correcta a lo mejor de mi capacidad. Yo notificare al médico o al personal de la oficina si hay cambios o algo adicional en las próximas visitas.

FIRMA DE EL PACIENTE

FECHA

TUTOR LEGAL DEL PACIENTE/REPRESENTANTE

FECHA

SEGURO (Insurance):

Seguro principal de salud: _____

Número de póliza : _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular principal de la póliza (si no es el paciente): _____

Fecha de Nacimiento del titular: _____ **El plan tiene cobertura de recetas?** ☐ Si ☐ No

Seguro secundario de salud: _____

Número de póliza : _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular principal de la póliza (si no es el paciente): _____

Fecha de Nacimiento del titular: _____ **El plan tiene cobertura de recetas?** ☐ Si ☐ No

INFORMACION DE EMPLEO: (Employment Information):

Estado de empleo: ☐ Tiempo completo (Full-time) ☐ Tiempo parcial (Part-time) ☐ Estudiante (Student) ☐ Retirado (retired)

Fecha de retiro (Retired date): _____

Empleador (Ex si esta jubilado/a) (Employer): _____

Ocupación (Ex si esta jubilado/a) (Occupation): _____

INFORMACIÓN CLÍNICA (Clinical Information)

Medico de cabecera (PCP) _____ **Teléfono:** _____

Medico remitente (Referring Physician): _____ **Teléfono:** _____

Médicos adicionales que consulta (Other doctors)	Especialidad (Specialty)	- Número de Teléfono
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

FARMACIA PREFERIDA Y INFORMACION DE LABORATORIO (Pharmacy & Lab Info):

Nombre de su farmacia (Name): _____

Dirección de su farmacia (Address): _____

Teléfono de su farmacia (Phone#): _____

En donde se manda a hacer los laboratorios? (Place where you normally get your lab work)?

☐ LabCorp ☐ Quest ☐ Otro (Other): _____

CUAL ES LA RAZON DE ESTA VISITA *(Reason for this visit):* _____

HISTORIAL DEL CÁNCER *(Cancer History):*

Tipo de cáncer *(Type):* _____ **Fecha Diagnosticado(a):** _____

Ha recibido radiación antes? *(Previous radiation):* ☐ SI ☐ No **Medico que lo atendió:** _____

Clínica donde tuvo tratamiento: _____ **Fecha de tratamiento:** _____

Ha recibido quimioterapia? *(Previous chemo):* ☐ Yes ☐ No **Medico que lo atendió:** _____

Clínica donde tuvo tratamiento: _____ **Fecha de tratamiento:** _____

A tenido alguna cirugía de cáncer *(Cancer surgery):* ☐ Yes ☐ No **Cirujano:** _____

Clínica donde tuvo su cirugía: _____ **Fecha de cirugía:** _____

Biopsia reciente: *(Recent Biopsy):*

Tipo: _____ **Fecha:** _____ **Lugar donde lo tuvo:** _____

Tipo: _____ **Fecha:** _____ **Lugar donde lo Tuvo:** _____

Recientes procedimientos diagnósticos: *(Recent Diagnostic Scans):*

Tipo: _____ **Fecha:** _____ **Lugar donde lo tuvo:** _____

Tipo: _____ **Fecha:** _____ **Lugar donde lo tuvo:** _____

Tipo: _____ **Fecha:** _____ **Lugar donde lo Tuvo:** _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS *(Past Surgical History):*

Fecha de colocación de marcapasos *(Pacemaker):* _____ **Cardiólogo que lo puso** _____

Fabricante *(Maker):* _____ **Ultima revisión en papel:** _____

Cardiólogo que lo revisa (si es diferente) *(Managing cardiologist):* _____

Otro tipo de estimulador *(Other Stimulator Type):* _____ **Fecha de colocación** *(Date placed):* _____

Colocación de Puerto (Port) **Fecha:** _____

Mastectomía (Mastectomy) **Fecha:** _____

Lumpectamía (Lumpectomy) **Fecha:** _____

Histerectomía (Hysterectomy) **Fecha:** _____

Ooforectomía (Oophorectomy) **Fecha:** _____

Ligadura de trompas (Tubal ligation) **Fecha:** _____

RTUP (TURP) **Fecha:** _____

Prostectomía (Prostatectomy) **Fecha:** _____

Ablación laser focal (Ablation) **Fecha:** _____

HIFU **Fecha:** _____

Vasectomía (Vasectomy) **Fecha:** _____

Tiroidectomía (Thyroidectomy) **Fecha:** _____

Otras operaciones (Other operations): _____

Trasplante (Transplant) **Fecha:** _____

Bypass coronario **Fecha:** _____

Angioplastia (Angioplasty) **Fecha:** _____

Cir. válvulas cardíacas (Cardiac Valve sx) **Fecha:** _____

Reparación rotador (Rotator Cuff Repair) **Fecha:** _____

Reemplazo de rodilla (Knee Replacement) **Fecha:** _____

Reemplazo de cadera (Hip Replacement) **Fecha:** _____

Cataratas (Cataract) **Fecha:** _____

Cir. de vesícula biliar (Gallbladder sx) **Fecha:** _____

Hemorroidectomía (Hemorrhoidectomy) **Fecha:** _____

Reparación de hernia (Hernia Repair) **Fecha:** _____

Apendectomía (Appendectomy) **Fecha:** _____

Amigdalectomía (Tonsillectomy) **Fecha:** _____

HISTORIAL MEDICO (*Medical History*): (Marque los elementos que le aplican, actualmente o pasado.)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Nada (<i>None</i>) | ☐ Latido del corazón irregular (<i>Irregular Heart Beat</i>) | ☐ Fractura (<i>Fracture</i>) |
| ☐ Cáncer (<i>Cancer</i>) | ☐ Enfermedad vascular periférica (<i>Peripheral Vascular Disease</i>) | ☐ Derrame cerebral (<i>Stroke</i>) |
| ☐ Linfoma (<i>Lymphoma</i>) | ☐ Pulmón crónico (<i>Chronic Lung</i>) | ☐ Neuropatía (<i>Neuropathy</i>) |
| ☐ Leucemia (<i>Leukemia</i>) | ☐ Neumonía Bronquitis (<i>Pneumonia/ Bronchitis</i>) | ☐ Parkinson (<i>Parkinson's Disease</i>) |
| ☐ Anemia (<i>Anemia</i>) | ☐ Tuberculosis (<i>Tuberculosis</i>) | ☐ Parálisis (<i>Paralysis</i>) |
| ☐ Asma (<i>Asthma</i>) | ☐ Apnea del sueño (<i>Sleep Apnea</i>) | ☐ Convulsiones (<i>Seizures</i>) |
| ☐ Desorden sangrante (<i>Bleeding Disorder</i>) | ☐ Pólipos de colon (<i>Colon Polyps</i>) | ☐ Migrañas (<i>Migraines</i>) |
| ☐ Coágulos de sangre (<i>Blood clots</i>) | ☐ Enfermedad de Crohn (<i>Crohn's Disease</i>) | ☐ Claustrofobia (<i>Claustrophobia</i>) |
| ☐ Desorden sanguíneo (<i>Blood Disorder</i>) | ☐ Colitis ulcerosa (<i>Ulcerative Colitis</i>) | ☐ Autoinmune (<i>Autoimmune</i>) |
| ☐ Infecciones frecuentes (<i>Frequent infections</i>) | ☐ Diverticulitis (<i>Diverticulitis</i>) | ☐ Artritis Reumatoide (<i>Rheumatoid Arthritis</i>) |
| ☐ VIH / Sida (<i>HIV/Aids</i>) | ☐ Síndrome del intestino irritable (<i>Irritable Bowel Syndrome</i>) | ☐ Lupus (<i>Lupus</i>) |
| ☐ Diabetes (<i>Diabetes</i>) | ☐ Úlceras estomacales (<i>Stomach Ulcers</i>) | ☐ Esclerodermia (<i>Scleroderma</i>) |
| ☐ Trastorno de la tiroides (<i>Thyroid Disease</i>) | ☐ ERGE/acidez estomacal/Reflujo (<i>GERD/Heartburn/Reflux</i>) | ☐ Fibromialgia (<i>Fibromyalgia</i>) |
| ☐ Hipotiroidismo (Bajo) (<i>Hypothyroid - low</i>) | ☐ Hernia hiatal (<i>Hiatal Hernia</i>) | ☐ Síndrome de Raynaud (<i>Raynaud's Syndrome</i>) |
| ☐ Hipertiroidismo (Alto) (<i>Hypothyroid - High</i>) | ☐ Cálculos biliares (<i>Gallstones</i>) | ☐ Miastenia Gravis (<i>Myasthenia Gravis</i>) |
| ☐ Alta presión sanguínea (<i>High Blood pressure</i>) | ☐ Cirrosis de hígado (<i>Cirrhosis of Liver</i>) | ☐ Soriasis (<i>Psoriasis</i>) |
| ☐ Colesterol alto (<i>High Cholesterol</i>) | ☐ Hepatitis A /B /C (<i>Hepatitis</i>) | ☐ Esclerosis Múltiple (<i>Multiple Sclerosis</i>) |
| ☐ Fibrilación auricular (<i>Atrial Fibrillation</i>) | ☐ Pancreatitis (<i>Pancreatitis</i>) | ☐ Culebrilla (<i>Shingles</i>) |
| ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva (<i>Congestive Heart Failure</i>) | ☐ Frecuencia infección del tracto urinario (<i>Freq. Urinary Tract Infection</i>) | ☐ Glaucoma (<i>Glaucoma</i>) |
| ☐ Ataque al corazón (<i>Heart Attack</i>) | ☐ Cálculos renales (<i>Kidney Stones</i>) | ☐ Cataratas (<i>Cataracts</i>) |
| ☐ Enfermedad del corazón (<i>Heart Disease</i>) | ☐ Enfermedad/Insuficiencia renal (<i>Kidney Disease/Failure</i>) | ☐ Pérdida de la audición (<i>Hearin Loss</i>) |
| ☐ Fiebre reumática (<i>Rheumatic Fever</i>) | ☐ Agrandamiento de la próstata (<i>Enlarged Prostate</i>) | ☐ Ansiedad (<i>Anxiety</i>) |
| ☐ Acidez estomacal / Reflujo (<i>Heartburn /Reflux</i>) | ☐ Osteoartritis (<i>Osteoarthritis</i>) | ☐ Depresión (<i>Depression</i>) |
| ☐ Soplo cardíaco (<i>Heart Murur</i>) | ☐ Dolor de espalda crónico (<i>Chronic Back Pain</i>) | ☐ Consumo de droga (<i>Drug Use</i>) |
| | ☐ Osteoporosis (<i>Osteoporosis</i>) | ☐ Problemas con la Anestesia (<i>Problems w/Anesthesia</i>) |
| | | ☐ Historial de queloides (<i>Keloid History</i>) |
| | | ☐ Otra condición medica (<i>Other Medical Conditions</i>) |

MANTERIMIENTO DE SALUD (*Health Maintenance*):

Fecha de Sigmoidoscopia/Colonoscopia (*Sigmoidoscopy/Colonoscopy*): _____ Hallazgos _____

Fecha de la última mamografía (*last mammo*): _____ Hallazgos: _____

Fecha del último examen pélvico (*Pelvic exam*): _____ Hallazgos: _____

Fecha de la última densidad ósea (*Bone Density*): _____ Hallazgos: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS (*Medication list*): Su tratamiento puede verse afectado por cualquier medicamento que este tomando. Es importante que su médico tenga la información actualizada y correcta. Anote TODOS los medicamentos (incluya los de venta sin receta) que este tomando en este momento.

Medicamento (<i>medication</i>)	Dosis/Frecuencia (<i>Dose/Frequency</i>)	Razón (<i>Reason</i>)	Medico que lo receto (<i>Ordering Physician</i>)

ALERGIAS (*Allergies*): Anote todos los medicamentos para las alergias:

Medicamento: _____ Reacción: _____
 Medicamento: _____ Reacción: _____
 Medicamento: _____ Reacción: _____

Tiene alergia a (*Are you allergic to*):

☐ Yodo (*Iodine*) ☐ Látex ☐ Mariscos (*Shellfish*) ☐ Tinte de tomografía computarizada /Contraste IV (*Scan dye/IV contrast*) ☐ Huevos (*eggs*) ☐ Maní (*Peanuts*)

Otro (*Other*): _____

Tipo de reacción: _____

Iniciales del paciente _____

HISTORIA SOCIAL *(Social History):*

Estado Civil *(Marital Status):* ☐ Casado/a *(married)* ☐ Soltero/a *(single)* ☐ Viudo/a *(widow)*
☐ Divorciado/a *(divorced)* ☐ Otro *(other)*

Hijos *(Children):* ☐ Si ☐ No Número de hijos *(Number of children):* _____

Consumo de Tabaco *(Tobacco Use):* (Presente y/o en el pasado)

☐ Nunca a fumado *(Never)*
☐ ¿Hace cuando dejo de fumar? *(Quit smoking when?)* _____ Por cuantos años fumo? *(How many years?)* _____
Cuantos paquetes? *(How many packs?)* _____ /día
☐ Actualmente Fumo *(Currently smoke)* ☐ Cigarrillos ☐ Pipa ☐ Cigarros ☐ Mastico Tabaco ☐ Vapear

Consumo de alcohol *(Alcohol use):*

☐ No Bebo Alcohol *(Non Drinker)*
☐ Cerveza *(Beer)* número de botellas *(# of bottles)* _____ por ☐ Dia *(Day)* ☐ Semana *(Week)* ☐ Mes *(Month)*
☐ Vino *(Wine)* número de copas *(# of glasses)* _____ por ☐ Dia *(Day)* ☐ Semana *(Week)* ☐ Mes *(Month)*
☐ Licor *(Liquor)* número de copas *(# of glasses)* _____ por ☐ Dia *(Day)* ☐ Semana *(Week)* ☐ Mes *(Month)*

Historia Militar *(Military History):*

Alguna vez a servido en el ejercito *(Have you served?)* ☐ Si ☐ No

Años de servicio *(Years served?):* _____

Rama de servicio y deberes *(Branch & Duties)* _____

Fue expuesto a la herbicida agente naranja *(Agent Orange Exposure)?* ☐ Si ☐ No

Iniciales del paciente _____

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR (*Family Medical History*): (Incluya cualquier miembro de su familia con cancer)

Relacion (<i>Relation</i>)	Edad cuando fue Diagnosticado	Historial de Cáncer	Si a fallecido, a que edad y causa de muerte
Padre (<i>Father</i>)			
Madre (<i>Mother</i>)			
Hermanos/as (<i>Siblings</i>)			
Hijos/as (<i>Children</i>)			
Tias Paternales (<i>Paternal Aunts</i>)			
Tias Maternales (<i>Maternal Aunts</i>)			
Tios Paternales (<i>Paternal Uncles</i>)			
Tios Maternales (<i>Maternal Uncles</i>)			
Abuelos Paternales <i>Paternal Grandparents</i>			
Abuelos Maternales (<i>Maternal Uncles</i>)			

Otros miembros de la familia (consanguinidad) con cáncer

(*Other blood relatives with cancer*):

¿En su opinión, tiene alguna enfermedad que corre en su familia? ☐ Si ☐ No

(*In your opinion, are there any diseases that run in your family?*)

Cuales? (*please list*) _____

Iniciales del paciente _____

REVISION DE SISTEMAS (REVIEW OF SYSTEMS): (Por favor marque cualquier síntoma **actual** que tenga.)

General:

- ☐ Pérdida de peso (*Weight loss*)
Cuanto ha perdido _____
En cuanto tiempo _____
- ☐ Fiebre (*Fever*)
Temperatura más alta _____
- ☐ Escalofrío (*Chills*)
- ☐ Sudores nocturnos (*Night Sweats*)
- ☐ Fatiga (*Fatigue*)

Ojos (Eyes):

- ☐ Usa lentes (*Wear glasses*)
- ☐ Lentes de contacto (*Contact lenses*)
- ☐ Visión borrosa (*Blurred vision*)
- ☐ Visión doble (*Double vision*)

Oídos, Nariz, Garganta (Ears, nose, throat):

- ☐ Dificultades auditivas o sordo (*Hard of hearing or deaf*)
- ☐ Timbre en los oídos (*Ringing in ears*)
- ☐ Ganglios linfáticos agrandados (*Enlarged lymph nodes*)
- ☐ Problemas crónicos de sinusitis (*Chronic sinus problems*)
- ☐ Dolor de garganta (*Sore throat*)
- ☐ Dolor o llagas en la boca (*Mouth pain/sores*)

Cambios/Dificultades en

(*Changes/Difficulty in*):

- ☐ Sabor/Saborear (*Taste*)
- ☐ Oler (*Smell*)
- ☐ Voz (*Voice*)

Cardiovascular:

- ☐ Dolor de pecho/Angina pectoral (*Chest pain/Angina pectoris*)
- ☐ Palpitaciones/Soplo cardíaco (*Palpitations/heart murmur*)
- ☐ Irregular latido del corazón (*Irregular heart beat pressure*)

Respiratorio:

- ☐ Toz crónica o frecuente (*Chronic/Frequent cough*)
- ☐ Espujo con sangre (*Bloody Sputum*)
- ☐ Falta de aire (*Shortness of breath*)

Gastrointestinal:

- ☐ Dificultad o dolor al tragar (*Difficult/painful swallowing*)
- ☐ Dolor abdominal (*Abdominal pain*)
- ☐ Nauseas (*Nausea*)
- ☐ Vomito (*Vomiting*)
- ☐ Acidez (*Heartburn*)
- ☐ Indigestión (*Indigestion*)
- ☐ Bulto o sensación en la garganta (*Lump or sensation in throat*)
- ☐ Comida que se pega (*Food sticking*)
- ☐ Hinchazón (*Bloating*)
- ☐ Eructo (*Belching*)
- ☐ Diarrea (*Diarrhea*)
- ☐ constipación (*Constipation*)
- ☐ Sangramiento Rectal (*Rectal bleeding*)
- ☐ Heces negro o alquiranosas (*Dark or tarry stools*)
- ☐ Sangre en las heces (*Blood in stool*)
- ☐ Gases Excesivos/flatos (*Excessive gas*)
- ☐ Perdida de heces/accidente Fecal (*Loss of stool/fecal accident*)
- ☐ Poco apetito (*Poor appetite*)
- ☐ Ictericia (*Jaundice*)

Genitourinaria/o:

- ☐ Cálculos renales (*Kidney stones*)
- ☐ Dolor pélvico (*Pelvic Pain*)
- ☐ Incontinencia (*Incontinence*)
- ☐ Ardor o dolor el orinar (*Burning or pain in urination*)
- ☐ Sangre en la orina (*Blood in urine*)
- ☐ Dificultad al orinar (*Difficult urination*)
- ☐ Hombres: Problemas próstata (*Prostate problems*)

Musculoesquelético:

- ☐ Dolor articular/Artritis (*Joint pain/Arthritis*)
- ☐ Debilidad muscular (*Muscle weakness*)
- ☐ Dolor de espalda (*Back pain*)
- ☐ Dolor de hueso (*Bone pain*)
- ☐ Dolores musculares (*Muscle aches*)

Neurológico:

- ☐ Hormigueo entumecimiento (*Numbness / Tingling*)
- ☐ Debilidad en brazos o piernas (*Arm or leg weakness*)

- ☐ Aturdido, mareado, desmayo (*Light-headed, dizzy, fainting spells*)
- ☐ Dolor de cabeza (*Headache*)
- ☐ Convulsiones (*Seizure*)
- ☐ Dificultad del habla (*Speech difficulty*)
- ☐ Arrastrar las palabras (*Slurred Speech*)
- ☐ Problemas entendiendo palabras (*Problems understanding speech*)
- ☐ Problemas de memoria (*Memory Issues*)
- ☐ Pérdida de memoria a corto plazo (*Short-term*)
- ☐ Pérdida de memoria a largo plazo (*Long-term*)
- ☐ Confusión (*Confusion*)
- ☐ Estado mental alterado (*Altered mental status*)
- ☐ Caída de la cara (*Facial Droop*)
- ☐ Perdida de visión (*Loss of vision*)

Alergias/Inmunología:

- ☐ Historia de infecciones crónica (*History of chronic infections*)
- ☐ Historia de alergias (*History of allergies*)

Hematológico:

- ☐ Moretones con facilidad (*Easy bruising*)
- ☐ Sangramiento de encías/nariz (*Gum or nose bleeding*)
- ☐ Transfusión de sangre pasada (*Blood transfusion in the past*)

Piel (Skin):

- ☐ Erupciones o picazón (*Rashes or itching*)
- ☐ Cambio en color de piel o lunares (*Change in skin color or moles*)
- ☐ Venas varicosas (*Varicose vein*)
- ☐ Cáncer de piel (*Skin cancer*)

Psiquiátrico:

- ☐ Ansiedad/Agitación (*Anxiety/Agitation*)
- ☐ Depresión (*Depression*)
- ☐ Llorar sin razón (*Crying for no reason*)
- ☐ Insomnio (*Insomnia*)
- ☐ Alcoholismo (*Alcoholism*)
- ☐ Problema de droga (ahora/pasado) (*Drug problema – now/past*)

Iniciales del paciente _____

Endocrino:

- ☐ intolerancia al frio o al calor
(Heat or cold intolerance)
- ☐ Sequedad excesiva de la piel
(Excessive skin dryness)
- ☐ Sed excesiva o muchas ganas de Orinar (Excessive thirst or urination)
- ☐ Problema de peso (Weight problema)
- ☐ Sofocos (Hot Flashes)

Senos (Breast):

- ☐ Dolor de seno (Breast pain)
- ☐ Erupción de seno (Breast rash)
- ☐ Masa en el seno (Breast mass)
- ☐ Cambio en el pezón (Change in nipple)
- ☐ Secreción de el pezón
(Nipple discharge)

Ginecológico:

Edad que empezó a menstruar _____
(Age at start of menstruation)

Ultimo perdió (Last period) _____

Edad cuando tuvo el primer hijo/a _____
(Age at birth of first child)

- ☐ Sangramiento vaginal
(Vaginal bleeding)
- ☐ Secreción vaginal (Vaginal discharge)
- ☐ Relaciones sexuales dolorosas
(Painful intercourse)
- ☐ Dolor pélvico (Pelvic pain)
- ☐ Irregularidad menstrual
(Menstrual irregularity)

☐ Terapia de reemplazamiento de Hormonas
(Hormone replacement Therapy)
Uso? (Use?) _____
Si es si, Por cuánto tiempo? _____
(If yes, how long?)

Iniciales del paciente _____



Information de la Póliza financiera

Nos complace que haya elegido Florida Radiation Oncology para sus servicios como paciente.

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y el mejor servicio posible. Consideramos que su comprensión sobre nuestra póliza financieras es un elemento esencial de su cuidado y tratamiento. Para ayuda, hemos elaborado esta hoja de póliza financiera.

Seguro Comercial: Florida Radiation Oncology facturara al seguro médico que a proporcionado; Su proveedor hará el pago directamente a nuestra oficina. En caso de que su compañía de Seguro no pague los servicios facturados, el saldo será su responsabilidad. Verificaremos la cobertura del Seguro y le informaremos que porcentaje, corresponde, será responsable de pagar. El pago se debe saldar en la fecha del servicio. **Por favor notifíquenos de cualquier cambio del Seguro antes del servicio.**

Medicare y Medicaid: Por favor tenga en cuenta que todas las reclamaciones de Medicare/Medicaid se presentarán a través de nuestra agencia de facturación. Nuestros médicos son médicos participantes y aceptan la asignación de Medicare. Esto significa que Medicare enviara un cheque a nuestra oficina para el pago de los servicios prestados. Como cortesía para usted, enviaremos el coseguro a su aseguradora secundaria si Medicare aun no lo ha hecho. Estas deducciones de pago se verán en sus estados de cuenta mensuales. Si no tiene un proveedor secundario, tenga en cuenta que Medicare requiere que cobremos el deducible anual y el saldo de 20% de todos los cargos permitidos por ley.

Liberacion del seguro: Yo autorizo a Florida Radiation Oncology a revelar a mi compañía de seguros y a comunicarles con hospitales y otros proveedores médicos cualquier información requerida con respecto a los servicios prestados, incluso; estudios médicos psiquiátricos, de laboratorio, pruebas de VIH y otros datos médicos relacionados con mi atención. Autorizo a cualquier aseguradora l pagador a realizar el pago directamente a Florida Radiation Oncology. Una fotocopia de esta autorización se considerara como efectiva y validez mientras dure este reclamo.

Acuerdo financiero: Entiendo que mi contrato de seguro es entre mi compañía de seguros y yo. También acepto que soy responsable de cualquier cargo que mi compañía de seguros no cubra. Nuestro personal de la recepción le pedirá el pago de los saldos vencidos, así como su parte de pago del servicio de hoy. Esto incluye copagos, coseguros y deducibles. En caso de que la cuenta se remita a una agencia de cobro o a un abogado para el cobro, el abajo firmante deberá pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de un abogado.

David A. Diamond, M.D.
Board Certified Radiation Oncologist
Kelly E. LaFave, M.D.
Board Certified Radiation Oncologist



FLORIDA RADIATION ONCOLOGY
WINTER PARK

Pacientes fuera de la red y que pagan por cuenta propia: Como un servicio para usted, nos gustaría reunirnos con usted para que podamos organizar un plan de pago que sea cómodo tanto para usted como para nuestra oficina. Estaremos encantados de discutir cualquier pregunta que pueda tener.

Aceptamos efectivo, cheque personal, tarjetas de crédito VISA, MasterCard, Discover, y American Express. Hay un cargo de servicio de \$40.00 por cheques que sean devueltos.

Gracias por su cooperación. Esperamos que esto haya respondido a cualquier pregunta.

Nombre de el paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente, Padre/Madre o Tutor Legal/Representante

Fecha de hoy

David A. Diamond, M.D.
Board Certified Radiation Oncologist
Kelly E. LaFave, M.D.
Board Certified Radiation Oncologist



FLORIDA RADIATION ONCOLOGY
WINTER PARK

REQUEST FOR RELEASE OF RECORDS

SOLICITUD DE LIBERACION DE REGISTROS

I (yo), _____, request a copy of my complete medical record from the office of (solicito una copia de mi expediente medico completo a la oficina de)

Name and Address of Practitioner

To be sent to:

Florida Radiation Oncology
483 N. Semoran Blvd, Ste 107
Winter Park, Florida 32792
Phone 407-539-0722 Fax 407-539-0723

Item	Item
• Office Visit Note	• MRI films and reports
• Pathology Report	• Bone scan films and reports
• Operative Report	• Lab Results
• Discharge Summaries	• Radiation Treatment Records
• CT scans and reports	• Simulation/Port Films
Other:	

It is my understanding that by signing this authorization for release of my records, I am giving permission for Florida Radiation Oncology to receive copies of any medical, psychiatric, Aids, Aids relates syndromes, HIV testing, Alcohol and/or drug abuse related information from the above listed person(s) or organization. I also understand that this authorization may be revoked at any time except to the extent action has been taken prior to revocation. This consent will expire one (1) year after the date below or sooner at my election.

Print Patient Name (Nombre del paciente en letra imprenta)

Date of Birth (Fecha de Nacimiento)

Signature Patient, Parent or Legal Guardian/Representative
Firma del paciente, padre, madre o tutor legal/representante

Date
Fecha



HIPAA – Otros involucrados en el cuidado de la salud

¿Como paciente de Florida Radiation Oncology, le gustaría elegir que otras personas participen en su atención medica? ¿Sin su aprobación medica? Sin su aprobación previa, no podemos discutir ninguna información medica con sus familiares o amistades. Por favor indique los nombres de las personas que le gustaría que estén involucradas en su atención médica. La información proporcionada en esta página tendrá una validez de un año a partir de la fecha de la firma. Esta información se puede cambiar o revocar con su permiso en cualquier momento.

Yo entiendo que esto puede incluir información como: diagnóstico y planes de tratamiento, medicamentos, planes de alta e instrucciones, resultados de pruebas de diagnóstico, recordatorios de citas, facturación médica, seguro y cualquier otra información medica relevante para mi atención.

Yo doy permiso para que la información relacionada con mi estado de salud actual sea discutida con:

Nombre	relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Imprimir nombre

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____
Paciente o representante legal