

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre De Pila: _____ Apellido: _____ Inicial Del Segundo Nombre: _____
 Fecha De Nacimiento: _____ Género: M ___ F ___ Número De Seguridad Social: _____-_____-_____
 Número De Teléfono: _____ Número Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____
 Dirección De Casa: _____ Apartamento/Suite: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Correo Electrónico _____@_____.com Estado Civil: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Del Contacto De Emergencia: _____
 Relación Con La Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____
 Número De Teléfono: _____ Número De Teléfono Secundario: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

<u>PRIMARIA</u>	<u>SECUNDARIA</u>
Nombre De Seguro: _____	Nombre De Seguro: _____
Identificación De Miembro: _____	Identificación De Miembro: _____
Número De Grupo: _____	Número De Grupo: _____
Nombre Del Asegurado: _____	Nombre Del Asegurado: _____
SSN Del Asegurado: _____-_____-_____	SSN Del Asegurado: _____-_____-_____
Relación Del Paciente Con El Asegurado:	Relación Del Paciente Con El Asegurado:
Yo ___ Esposa ___ Niñ(o/a) ___ Otra ___	Yo ___ Esposa ___ Niñ(o/a) ___ Otra ___

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos de seguro y coordinar la atención con otros médicos involucrados en mi atención médica. Asigno el pago del seguro directamente al Centro de Alergia y Asma de Orlando. Estoy de acuerdo en pagar todos los copagos de seguro aplicables al momento del servicio. Estoy de acuerdo en proporcionar a Allergy & Asthma Center of Orlando la información de mi seguro más reciente en todo momento y pagar todos los deducibles, coseguros y cualquier saldo no cubierto por mi seguro a pedido. Acepto que una copia del formulario será válida como el original.

FIRMA DEL PACIENTE (o padre si es menor de edad): _____ **Fecha:** _____

MEDICA DE ATENCION PRIMARIA

Nombre De PCP: _____

Especialidad: Medicina interna ____ Pediatría ____ Medicina familiar ____ Otro ____

Direccion De Casa: _____ Apartamento/Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

FARMACIA PREFERIDA

Nombre De Farmacia: _____

Direccion De Casa: _____ Apartamento/Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo, _____ doy permiso a la oficina del Centro de Alergia y Asma de Orlando para proporcionarle a mi médico copias de notas de progreso (información médica) sobre mi visita al consultorio de AAC Orlando. La razón para la presentación de dicha información es garantizar una mejor continuidad de la atención al paciente.

FIRMA DEL PACIENTE (o padre si es menor de edad): _____ **Fecha:** _____

La prueba cutánea es un procedimiento de oficina que se utiliza para detectar si hay alergia en un individuo y, de ser así, a qué alérgenos puede ser alérgico. Esto es valioso para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades relacionadas con la alergia, incluida la rinitis alérgica (fiebre del heno), asma, urticaria (urticaria), dermatitis atópica (eccema), alergia alimentaria, alergia a los insectos, alergia a medicamentos, infecciones recurrentes del oído (trompa de Eustaquio). Disfunción), rinosinusitis y dolores de cabeza asociados.

Las pruebas cutáneas se realizan en nuestra oficina mediante varias técnicas diferentes que incluyen:

- A. Prueba de selección: Esta es una técnica en la cual el alérgeno se coloca en la piel (generalmente la espalda del individuo) y luego la piel se raspa (se rasca) con una aguja).
- B. Prueba múltiple de punción: esta técnica incluye los alérgenos que se colocan en un dispositivo de plástico que luego se aplica a la piel del paciente (generalmente la espalda del individuo).
- C. Derma-Pic: esta técnica incluye los alérgenos que se colocan en la piel del individuo (generalmente la espalda) y luego se usa un dispositivo de plástico (Derma-pic) para raspar la piel.
- D. Intradermal: el alérgeno se coloca en una jeringa y luego se inyecta debajo de la piel (inyección intradérmica). Este tipo de pruebas cutáneas se limita al brazo. Es la forma más sensible de detectar la presencia de alergias.

Con las pruebas cutáneas, especialmente con la técnica intradérmica, el individuo puede experimentar una leve molestia con la colocación del alérgeno. Después de aplicar la piel, el individuo puede experimentar cierto grado de prurito (picazón). Una prueba cutánea positiva dará como resultado un área de inflamación con el posible desarrollo de una colmena. Aunque es raro, un individuo que se somete a una prueba cutánea puede experimentar una reacción sistémica que podría incluir urticaria generalizada, picazón, aumento de la congestión de la cabeza y, rara vez, congestión en el pecho. Estas reacciones, si ocurren, generalmente ocurrirán dentro de varios minutos después de la colocación de la prueba cutánea, y generalmente desaparecerán en un corto período de tiempo. Nos gustaría enfatizar que estas reacciones son raras, y nuestra oficina está preparada para ocuparse de estos posibles efectos secundarios (complicaciones) de las pruebas cutáneas.

FIRMA DEL PACIENTE (o padre si es menor de edad): _____ **Fecha:** _____

Allergy & Asthma Center of Orlando
BREVE HISTORIA DE ALERGIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Cuál es el motivo de su visita?

¿Cuánto tiempo han estado presentes estos síntomas?

¿Cuándo empeoran tus síntomas? Todo el año Primavera Verano Otoño Invierno

¿Qué evaluación has tenido?

¿Qué medicamentos ha intentado controlar estos síntomas?

Enumere todos los medicamentos que está tomando ahora.

¿Has tenido una reacción alérgica a algún medicamento? Por favor enumere.

Enumere todas sus afecciones médicas, diagnósticos y cirugías.

Enumere cualquier condición médica familiar; especialmente fiebre del heno, asma o eccema:

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Niños: _____

Otro: _____

¿Tienes alguna mascota en casa? Por favor enumere.



**Autorización de uso o divulgación de información
Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad**

Se proporciona un Aviso de prácticas de privacidad a todos los pacientes. Este Aviso de prácticas de privacidad identifica: 1.) cómo AAC Orlando puede usar o divulgar su información médica 2.) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar un informe de las divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3.) sus derechos a quejarse si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y 4.) las responsabilidades de AAC Orlando para mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído la información anterior, recibió una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de AAC Orlando y es el paciente o el representante personal del paciente.

Nombre del paciente o representante personal del paciente

Firma del paciente o representante personal del paciente

Fecha

Relación del representante personal con el paciente (si corresponde)

Si corresponde, no se pudo obtener el reconocimiento por escrito del paciente:

Notice Dated 3/5/2018

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA "PHI"**

Esta es una autorización bajo las Reglas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 [45 CFR§164.508]. Autorizo a Allergy & Asthma Center of Orlando, mi médico y / o personal administrativo y clínico a:

Obtenga la siguiente información de salud protegida (PHI) detallada a continuación de:

Nombre y dirección de la entidad con los registros: _____

or

Revele la siguiente información de salud protegida a:

Nombre y dirección donde se enviarán los registros: _____

La información que se divulga bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona u organización a la que se envía. Allergy & Asthma Center of Orlando no puede garantizar su derecho a la protección de la privacidad de esta información una vez que se divulgue a otra parte.

Por favor envíe copias de lo siguiente:

Initial History & Physical

Radiology Reports

Progress Notes

Skin Test Results

Clinical Summary

Serum Mixture (contents and concentration)

Laboratory Results

Immunotherapy Schedule

Spirometry Reports

Other: _____

**Please mail or fax records to:
Allergy & Asthma Center of Orlando
5385 Conroy Road, Suite 104
Orlando FL, 32811
Fax: 689-208-1222**

Entiendo que este consentimiento es revocable mediante notificación por escrito al Allergy & Asthma Center of Orlando, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Esta autorización es efectiva hasta _____ (fecha), si no se ingresó una fecha, la autorización está vigente hasta que el paciente presente una revocación.

Firma del Paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre de la paciente

Fecha

Número de seguro social del paciente

OFICINA Y POLÍTICAS FINANCIERAS

Gracias por elegir Allergy & Asthma Center of Orlando para sus necesidades de alergia. Estamos comprometidos a brindar un excelente tratamiento y atención médica. Entendemos que muchos pacientes consideran que la cobertura de seguro y los problemas de responsabilidad financiera son complejos y confusos. Debido a esto, hemos detallado la política de nuestra práctica en detalle para ayudarlo.

SEGURO:

Tenga su tarjeta de seguro disponible cuando se registre para su cita. Además, muchos planes de seguro requieren que obtenga una referencia de su médico de atención primaria (PCP) antes de recibir los servicios. Tenga su referencia con usted cuando se registre para su cita. Como cortesía, verificaremos la cobertura en su nombre. Su proveedor puede realizar procedimientos o servicios que se consideren necesarios para su salud. No todos los servicios o procedimientos están cubiertos por todos los contratos de seguro. Tenga en cuenta que usted es responsable de todos los copagos el día del servicio. Todos los demás pagos y coseguros deben pagarse de manera oportuna después de que se envíen los estados de cuenta con su explicación de los beneficios.

SIN SEGURO O AUTOPAGO

El pago se realizará el día del servicio. La lista de precios para ciertos servicios está disponible a pedido, antes de que se presten los servicios.

CHEQUES DEVUELTOS

Se agregará un cargo de \$ 25.00 a su cuenta por cualquier cheque devuelto por su banco por cualquier motivo.

CANCELACIONES DE CITA Y NO EXPOSICIONES

Si no puede cumplir con su cita programada, llame a nuestra oficina con 24 horas hábiles de anticipación para reprogramar su cita. Esto nos permitirá usar su horario para acomodar a otro paciente. De lo contrario, se cobrará una tarifa de \$ 25.00 a su cuenta.

REGISTROS MÉDICOS:

Si lo solicita, le proporcionaremos una copia de sus registros médicos. Deberá firmar una carta de autorización. Espere 5 días hábiles para que copiemos sus registros. Habrá una tarifa de \$ 1.00 por página para las primeras 3 páginas, luego \$ 1.00 por página a partir de entonces. Los formularios especiales de mayor longitud están sujetos a una tarifa administrativa de \$ 25. El pago se debe al recibir los registros. Debido a esto, hemos detallado la política de nuestra práctica en detalle para ayudarlo.

FIRMA DEL PACIENTE (o padre si es menor de edad): _____ **Fecha:** _____

Tarjeta De Crédito En La Política De Archivos

El Centro de Alergia y Asma de Orlando está comprometido con la eficiencia y la reducción de desperdicios. Nuestro objetivo es hacer el proceso de facturación lo más simple posible. Requerimos que proporcione una tarjeta de crédito registrada en nuestra oficina. Cuando entre, escanaremos su tarjeta y su información de pago se almacenará en nuestro sitio seguro software a través de una empresa de servicios comerciales llamada Square para transacciones futuras. Personal de oficina no tendrá acceso a su tarjeta. Para su protección, solo se mostrarán los últimos 4 dígitos de su tarjeta en nuestro sistema.

Las tarjetas de crédito registradas se utilizarán para pagar los saldos de las cuentas DESPUÉS de la adjudicación de reclamos de seguro.

Una vez que su seguro haya procesado el reclamo, le enviarán una Explicación de beneficios (EOB) a ambos usted y nuestra oficina mostrando cuál es su responsabilidad como paciente. Por lo general, recibe el EOB antes de que nosotros hacerlo si no está de acuerdo con el monto adeudado por la responsabilidad del paciente, es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros inmediatamente.

Si el monto total que debe es superior a \$ 200, el personal de nuestra oficina se comunicará con usted para notificarle sobre el pago y luego procesará el pago con su tarjeta de crédito registrada por hasta \$ 200. Si no tenemos recibido el pago completo en el próximo ciclo de facturación, nuestro gerente de oficina cobrará hasta \$ 200 por cada facturación período (cada 28-30 días) hasta que su saldo se pague por completo.

Si tiene preguntas sobre su factura, llame a nuestro número de oficina: (407) 777-8794.

- Durante el tiempo que deja una tarjeta de crédito en el archivo, si caduca o se vuelve incobrable esperamos que proporcione un nuevo medio de pago.
- Los créditos en su cuenta, después de que su reclamo de seguro haya sido ajustado, serán devueltos a su tarjeta de crédito en archive.
- Si su tarjeta de crédito se procesa por error, emitiremos inmediatamente un reembolso en la misma tarjeta.
- En última instancia, usted es responsable de saber qué servicios están cubiertos, con qué frecuencia y cómo gran parte del costo es su responsabilidad. Usted será responsable de cualquier parte de los servicios que su seguro no cubre.

Tarjeta de crédito con autorización de archivo:

Acepto colocar mi tarjeta de crédito en el archivo para que Allergy & Asthma Center of Orlando la cobre por cualquier

Facturas pendientes por servicios médicos prestados. Autorizo al personal y / o al servicio de facturación a utilizar mi crédito

tarjeta para los fines indicados anteriormente y ninguno otro.

FIRMA DEL PACIENTE (o padre si es menor de edad): _____ **Fecha:** _____