



Bienvenido a Orlando Portal Internal Medicine

Estimado paciente, es un privilegio que usted haya elegido a Orlando Portal Internal Medicine como su proveedor de atención médica primaria.

Nuestro objetivo es brindar a nuestros pacientes atención médica con la más alta calidad, manteniendo a nuestros pacientes saludables, mientras manejamos todas las condiciones preexistentes.

Asegúrese de llevar consigo a todas sus citas médicas:

- Lista de medicamentos
- Tarjeta de seguro y una
- Identificación con foto

Infórmele a nuestro personal si usted ha tenido cambio de información personal o si ha recibido atención médica fuera de Orlando Portal Internal medicine. Todos los copagos, saldos vencidos o balances, serán cobrados al momento del servicio a menos que se haya llegado a un acuerdo previo con nuestro departamento de cobranza.

Le pedimos por favor que llegue a tiempo a sus citas médicas. Nos esforzamos por atenderlo a tiempo, pero de vez en cuando pueden surgir emergencias y es posible que nos retrasemos.

Tendrá la opción de cambiar su cita o quedarse para que lo vean. Nosotros nos aseguramos de mantenerlo informado cuánto tiempo adicional tendrá de espera.

Entendemos que a veces es necesario cambiar o cancelar las citas por lo que pedimos que llame con 24 a 48 horas de anticipación si no puede asistir a su cita programada, el sistema le genera un cargo de \$50 por no hacer la cancelación en el tiempo estipulado.

Nuestro horario de atención al paciente es de lunes a viernes de 8:00 am 12:00pm y de 1:00pm a 5:00 pm, nuestro número telefónico es 813 374 8883.

Cuando nuestros proveedores consideren que existe una necesidad médica para referirlo a un especialista, nuestro equipo médico le entregará un referido a la hora de su salida, donde tendrá que verificar con su seguro médico y coordinar su atención con los especialistas preferidos dentro de la red de su seguro médico.

Los doctores y personal de Orlando Portal Internal Medicine le dan la Bienvenida y las Gracias por elegir nuestra práctica.



Acuerdo del Comportamiento del Paciente

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Fecha:** _____
Mes Dia Año

Como su proveedor de atención médica primaria Orlando Portal Internal Medicine busca brindar la mejor atención médica posible. Para que esto se logre debe haber cooperación entre el paciente y todo el personal médico. Este acuerdo describe las expectativas para nuestros pacientes, a cambio haremos todo lo posible para acomodarlo a usted y sus necesidades.

Por favor revise cuidadosamente el acuerdo y ponga sus iniciales al lado de cada una de las declaraciones.

_____ Tomaré mis medicamentos según las instrucciones. No cambiaré la forma en que los tomo sin hablar primero con el médico.

_____ Entiendo que después de solicitar resurtidos de medicamentos, debo esperar de 24 a 48 horas para que se completen.

_____ Entiendo que debo seguir las indicaciones del doctor y continuar el tratamiento recetado.

_____ Siempre trataré al personal de la oficina con respeto, entiendo que, si no respeto al personal o interrumpo la atención de otros pacientes, mi atención puede interrumpirse, entiendo que si mi comportamiento persiste seré despedido de la clínica.

_____ Asistiré a todas mis citas según lo programado. En caso de que no pueda asistir, llamaré para cancelar o reprogramar con al menos 24 a 48 horas antes de mi cita al número de teléfono 813-374-8883, de no hacerlo el sistema generara un cargo de \$50 que deberé cancelar en la siguiente cita.

_____ Entiendo que es fundamental mantener informado a mi medico sobre cualquier necesidad o inquietud que pueda tener, incluyendo cualquier emergencia (no urgente) para garantizar que se brinde la mejor calidad de atención posible.

_____ Entiendo que debo programar una cita de seguimiento con mi médico lo antes posible después de una visita al hospital.

_____ **Planes HMO Solamente**, entiendo que se necesita una orden referido o autorización de Orlando Portal Internal Medicine antes de una cita al especialista. Esto es para asegurar que ambos proveedores hayan intercambiado y aprobado la documentación necesaria para mi visita.



Autorización del Paciente para el uso y/o divulgación de información médica protegida. Según la ley de HIPAA

Según lo exige la ley de portabilidad y responsabilidad de salud de 1996 HIPAA, una clínica no puede usar ni divulgar su información de salud sin su autorización, excepto como está explicado en nuestro aviso de privacidad, al completar este formulario usted está de acuerdo en autorizar el uso y la divulgación que se describen en nuestro aviso de privacidad. Por favor revise y complete este formulario cuidadosamente. Puede ser inválido si no se completa. Es posible que desee solicitar a la persona o entidad que desea recibir su información que complete las secciones que detallan la información que se divulgará y los propósitos de la divulgación.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Mes Dia Año

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Telefono: _____

Restricciones: Entiendo que el destinatario no puede usar o divulgar esta información excepto para el propósito expreso identificado anteriormente, a menos que obtenga otra autorización mía, o dicho uso o divulgación que sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Entiendo que cualquier registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y / o servicios de salud de conducta / mental, y / o tratamiento por abuso de alcohol y / o drogas.

Firma del Paciente o guardián: _____ Fecha: _____

Representante del Paciente: _____ Relación: _____

NO ESCRIBA DEBAJBO DE ESTA LINEA SOLO PARA USO DE OFICINA.

Por la presente autorizo a esta práctica médica, _____ para divulgar mi información con Orlando Portal Internal Medicine. 13150 Vail Ridge Dr. Riverview, FL 33579.

Phone: 813-374-8883 Fax: 813443-8361 y a Orlando Portal Internal Medicine 1918 W. Martin Luther King Jr. BLVD Tampa, FL 33607. Phone: 813-374-8883 Fax: 813443-

Fecha de Servicio que aprueba: _____ o Todo historial médico: _____

Motivo de divulgación: _____



Información sobre su Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Mes Día Año

| Especialidad | Nombre del Doctor | Número de Telefono | Año |
|---|--------------------------|---------------------------|------------|
| Medico Primario PCP | | | |
| | | | |
| | | | |
| Especialistas | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Hospitales | | | |
| | | | |
| | | | |
| OB/GYN Ginecólogo | | | |
| | | | |
| | | | |
| Mamografía | | | |
| | | | |
| | | | |
| Pruebas de Huesos (DEXA) | | | |
| | | | |
| Colonoscopia | | | |
| | | | |
| Optometrista /Oftalmología | | | |



Información de Salud

| Nombre del Medicamento | Dosis y Frecuencias |
|------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Vacunas | Fecha | Localización |
|--|-------|--------------|
| Vacuna contra el Flu | | |
| COVID 19 <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson <input type="checkbox"/> Other | | |
| Vacuna contra la Culebrilla | | |
| Neumonía | | |

Historia Quirúrgica - Por favor, mencione todas las cirugías que ha tenido (presente y pasado)

| Tipo de Cirugía | Doctor / Hospital | Fecha |
|-----------------|-------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |



Información de Salud

¿Tiene alguna meta que salud personal? SI ___ NO___ si su respuesta es SI por favor enumere

Historia OB /GYN (solo mujeres):

Edad de la Menstruación: _____ Edad de la Menopausia _____ Método Anticonceptivo _____

¿Cuántos Embarazos?: _____ ¿Cuantos hijos? _____ Vaginal o Cesaria: _____

Histerectomía: Si _____ No _____ Total/ Completa: Si _____ No _____ Doctor/ Ubicación: _____

Historial Familiar: Por favor indique, si su familiar sanguíneo ha tenido o tiene algún padecimiento.

| Miembro Familiar | EDAD | Problema (s) de Salud |
|------------------|------|-----------------------|
| Madre | | |
| Padre | | |
| Hermano (s) | | |
| Hermana (s) | | |
| Abuelo (a) | | |

Historial de exámenes Médicos: Responda que exámenes médicos de detección se ha realizado.

| Exámenes Médicos | Si / No Fecha | Resultados | Doctor |
|------------------------------|-------------------|---------------|--------|
| Electrocardiograma (EKG) | Si _____ No _____ | _____ Normal | |
| | Fecha: _____ | _____ Anormal | |
| Prueba de Próstata (hombres) | Si _____ No _____ | _____ Normal | |
| | Fecha: _____ | _____ Anormal | |
| Espirometría | Si _____ No _____ | _____ Normal | |
| | Fecha: _____ | _____ Anormal | |



**Acuerdo con el paciente para el tratamiento con medicamentos controlados
(OPIOIDES).**

Yo _____ entiendo y acepto voluntariamente que:

(ponga sus iniciales en cada declaración después de leer y revisar):

1. ____ Mantendré y estaré a tiempo a todas mis citas programadas con el médico.
2. ____ Participaré en todos los otros tipos de tratamiento en los que me pidan participar.
3. ____ Mantendré la medicina segura fuera del alcance de los niños. Si el medicamento se pierde o es robado entiendo que, **NO** se reemplazará hasta mi próxima cita y que no puede ser reemplazado en lo absoluto.
4. ____ Tomaré mi medicamento como se me indicó y no lo cambiaré la forma en que lo tomo sin antes hablar con mi médico u otro miembro del equipo médico.
5. ____ **No** llamaré entre citas, ni de noche, ni los fines de semana en búsqueda de suministro de medicamento. Entiendo que las recetas se surtirán solo durante las visitas programadas al consultorio con el equipo médico.
6. ____ Me aseguraré de tener una cita para solicitar suministro de la medicina, si tengo problemas para hacer una cita, se lo diré a un miembro del equipo médico de inmediato.
7. ____ Trataré al personal de la oficina con respeto en todo momento, entiendo que si no soy respetuoso con el personal o interrumpo la atención de otros pacientes mi tratamiento se interrumpirá.
8. ____ No venderé este medicamento ni lo compartiré con otros. Entiendo que si lo hago mi tratamiento se detendrá.
9. ____ Firmaré un formulario de autorización para permitir que mi médico hable con todos los demás médicos y proveedores que he asistido o que atiendo.
10. ____ Le diré al médico todos los demás medicamentos que tomo y le avisaré de inmediato si tengo una receta para un medicamento nuevo.
11. ____ Usaré solo una farmacia para obtener mis medicamentos:

Nombre de Farmacia

Número de teléfono

12. ____ **No** recibiré medicamentos OPIOIDES para el dolor u otros medicamentos que puedan ser adictivos como: Benzodiazepinas (Klonopin, Xanax, Valium) o los estimulantes: (Ritalina, Anfetamina) sin decirle a un miembro del equipo médico antes de surtir esa receta. Entiendo que la única excepción a esto es si necesito analgésicos para una emergencia durante la noche o los fines de semana. Entiendo que si lo hago mi tratamiento puede ser detenido.



**Acuerdo con el paciente para el tratamiento con medicamentos controlados
(OPIOIDES). continuación**

13. ____ No usaré drogas ilegales como Heroína, Cocaína, Marihuana o Anfetaminas. Entiendo que si lo hago mi tratamiento puede ser detenido.
14. ____ Iré a las pruebas de droga y al recuento de mis píldoras dentro de las 24 horas de haber sido llamado, entiendo que debo asegurarme de que la oficina tenga la información de contacto actualizada para comunicarse y que cualquier prueba que se omita se considerará positiva para medicamentos.
15. ____ Me mantendré al día con las facturas de la oficina e informaré al médico o miembro del equipo médico de inmediato si pierdo mi seguro o si ya no puedo pagar mi tratamiento.

**Declaración del programa de tratamiento del dolor en Orlando Portal Internal Medicine
Nos comprometemos a trabajar con usted en sus esfuerzos para mejorar. Para ayudarle en
este trabajo acordamos que:**

- Programar citas regulares para restablecimiento de medicamentos. Si tenemos que cancelar o cambiar su cita por cualquier motivo, nos aseguramos de que tenga suficientes medicamentos hasta su próxima cita.
- Mantener las citas que el médico sugiera para que el tratamiento sea lo más seguro posible.
- Lo revisaremos regularmente para asegurarnos de que no tenga efectos secundarios negativos.
- Mantendremos un registro de sus recetas y pruebas para el uso de drogas controladas con regularidad para ayudarlo a sentirse bien monitoreado.
- Lo ayudaremos a conectarse con otras formas de tratamiento para ayudarlo con su condición. ayudaremos a establecer objetivos de tratamiento y controlaremos su progreso.
- Trabajaremos con cualquier otro médico o proveedor que esté consultando para que pueda tratarlo de manera segura y eficaz.
- Trabajaremos con sus proveedores de seguro médico para asegurarnos de que no quede sin medicamentos debido al papeleo u otras cosas que puedan solicitar.
- Si se vuelve adicto a estos medicamentos, lo ayudaremos a obtener tratamiento y a dejar de tomar los medicamentos que causan problemas de manera segura.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha