



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.



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