

Prashant R. Patel, MD
Christine G. Simone, MD

STUART ONCOLOGY
ASSOCIATES., P. A.

Joseph My, DO

** Por favor, Proporcionar Toda La
Informacion solicitada**

NUEVA INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ SSN _____
Apellido Nombre Inicial
Un _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____
Telefono de casa _____ Telefono del trabajo _____ Telefono celular _____
Correo electronico _____ Fecha Nacimiento ____/____/____
Contacto de Emergencia _____
Nombre Relacion Numero de
RAZA: Indo Americano Asiatico Afroamericano Caucasico Hawaiano del Pacifoco Otro
Origen: Hispano No Hispano Prefiero no Contesta Idioma Preferido _____
Se encuentra actualmente en un hogar de ancianos? _____ Nombre del Hogar _____
Tiene un DNR Comente? Si/ No Tiene usted un testamento? Si/ No PCP: _____
Medico de Referencia _____ **Con cual Medico tiene usted citu?** _____

PRIMARIO INFORMACION DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO NOMBRE DE LA EMPRESA _____
ID# _____ Control de Grupo# _____ CoPago _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____
Relacion con de Paciente _____ *
SSN Titular de la Tarjeta _____ Titular de la tarjeta Fecha de Nacimiento _____

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIA

SECUNDARIA NOMBRE COMPANIA DE SEGUROS# _____
ID# _____ Control de Grupo# _____ CoPago _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____
Relacion con de Paciente _____ *
SSN Titular de la Tarjeta _____ Titular de la tarjeta Fecha de Nacimiento _____

ASSIGNMENT AND RELEASE

El abojo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de surguro con _____
Nombre de la Compania de Suguros(IES)
Y asignar directamenta a Stuart Oncology Associates, PA todos los beneficios del Seguro. En su caso, de otro modo pagadero a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el Seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma para todas las presentaciones de seguros

Firma _____ Fecha _____

Paciente Nuevo Formulario Del Antecedentes Medicos

Nombre del Paciente _____ MRN# _____

Razon de la Visita _____

Historia Medico (Compruebe los elementos que se aplican a usted, actualmente o en el pasado)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> La Neumonia / Bronquitis | <input type="checkbox"/> La Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> TB (tuberculosis) | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Cronico |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Trastorno | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueno | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Coagulosarterial | <input type="checkbox"/> Los Polipos de Colon | <input type="checkbox"/> Fractura |
| <input type="checkbox"/> Trastorno dede Sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedadde Crohn | <input type="checkbox"/> Del Movimiento |
| <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Neuropatia |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Sindrome del Intestino Irritable | <input type="checkbox"/> Enfermedadde Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Paralisis |
| <input type="checkbox"/> Tiroidesenfermedad | <input type="checkbox"/> Las Ulceras Estomacales | <input type="checkbox"/> Convulsion |
| <input type="checkbox"/> De Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> GERD/Acidez Estgomacal | <input type="checkbox"/> Migranas Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal | <input type="checkbox"/> Glaucoma/ cataratas |
| <input type="checkbox"/> Fibrilacion Auricular | <input type="checkbox"/> Calculos Biliares | <input type="checkbox"/> La Perdida de Audicion |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Cirrosis del Hgado | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Ataque MLdel | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Corazonenfermedades | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Linfoma |
| <input type="checkbox"/> Reumaticas Fiebre | <input type="checkbox"/> Piedrasrenales | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Acidez / Reflujo | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Rinon / de Fracaso | <input type="checkbox"/> Depresion |
| <input type="checkbox"/> Murmullo Corazon | <input type="checkbox"/> Infecciones de Las Vias Urinarias Frecuentes | <input type="checkbox"/> Del Consumo Drogas |
| <input type="checkbox"/> Ritmo Cardiaco Anormal | <input type="checkbox"/> De La Prostata Agrandada | <input type="checkbox"/> Problemasdecon anesthesia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculara Periferica | <input type="checkbox"/> Lupus-autoimmune | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sindrome dede Reynaud | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cromico Pulmon (COPD) | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | |

Detalles del Historia Medico _____

Historia del Cancer Tipo _____ Diagnosticado Fecha _____

Tipo de Tratamiento _____ Fecha _____

Ubicacion del Tratamiento _____ Que Medico lo Trato _____

Quirurgico Historia Pasado (Por Favor circulo y fecha de cualquiera de las cirugias y / o procedimientos que han sido sometidos a)

- | | | | |
|-----------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| Bypass Coronario | Fecha _____ | Reparacion del Manquito Rotador | Fecha _____ |
| Angioplastia | Fecha _____ | Cataratas | Fecha _____ |
| Marcapasos | Fecha _____ | Cirugia de Vesicula Billar | Fecha _____ |
| Valvula de Cirugia Cardiaca | Fecha _____ | Hysterectomia | Fecha _____ |
| Hemorrhoidectomy | Fecha _____ | Prostatectomia | Fecha _____ |
| Prostata Operacion | Fecha _____ | Apendicectomia | Fecha _____ |
| Reparacion de Hernia | Fecha _____ | De Reemplaso de Cadera | Fecha _____ |
| Amigdalectomia | Fecha _____ | Lumpectomia | Fecha _____ |
| Mastectomia | Fecha _____ | Otro | Fecha _____ |
| De Reemplaso de Rodilla | Fecha _____ | Otro | Fecha _____ |

Paciente Nuevo Formulario de Antecedentes Sociales

Uso de Tabaco
(Actuales y/oPasadas)

Nunca Fumado Dejar de Fumar Cuando? Cuantos anos has Fumado? ____Ano Cuantos Paquetes? ____Dai
 Actualmente Fumar Cigarrillos De Tuberia Cigarros Cuantos Paquetes? ____Dai Cuantos Anos? ____
 Tabaco de Mascar

Historia de Alcohol (Actuales y / o Pasadas)

No Bebedor De Cerveza - Numero de Botellas Por ____Dai ____Semana ____Mes
 Vino - Numero de Anteos Por ____Dai____Semana____Mes
 Licor – Numero de Anteojos Por ____Dai____Semana____Mes

Esta Usted Empleado/Cuenta Propia Desempleado Jubilado Incapacitado
(Ex) Ocupacion _____

Nombre del Empleador _____ Telefono del Trabajo (____) _____

Estado Civil

Casado Soltero Viudo Divorciado Vive Con La Familia Vive Solo
 Vives en la Clinica de Reposo De Invierno Residente Todo el Ano Residente Otro

Direccion Local _____ Ciudad _____ Estado ____ Postal _____
Direccion Permanente (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado ____ Postal _____

Ninos Si No Numero _____

Mantenimiento de la Salud

Sigmoidoscopia / Colonoscopia Si No Fecha _____

Hallazgos _____

Fecha Ultima Momografia _____ Ultima Fecha de Densidad Osea _____

Ultima Fecha del Examen Pelvico _____ La Influenza (gripe) Disparo Fecha _____

Disparo Neumococica Fecha _____ La Culebrilla Ultima Saltar Fecha _____

Ultima Fecha EGD _____

Historia Clinica Familiar (indicant algun familiar con cancer, enfermedad arterial otras enfermedades.)

	De Edad	Enfermedad	Si ha Fallecido, Causa de Muerte
Padre Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____

En su Opinion, hay enfermedades que Cancer en su familia? Si No

Por Favor Liste _____

Prashant R. Patel, MD
Christine G. Simone, MD

STUART ONCOLOGY

ASSOCIATES, P. A.

Joseph My, DO

Nuevo Formulario de

Nombre _____ Fecha _____
Fecha de Nacimiento _____

Alergias Una lista de todos los alergias a Medicamento

Medicamento _____ Reaccion _____
Medicamento _____ Reaccion _____
Medicamento _____ Reaccion _____

Yodo Latex Mariscos CT Scan Colorante / IV Contraste Huevos

Farmacia _____ Ph# _____
Direccion _____ Ciudad _____

Lista de todos los medicamentos (incluyendo sin receta) que esta tomando actualmente.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	De Pedido del Medico

HIPAA Formulario de

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar información sobre su salud. El aviso contiene una sección de derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Las terminos de privacidad pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la información médica protegida acerca de la forma en que si se utiliza o divulgada para tratamiento, pago, o el cuidado de la salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, vamos a cumplir con ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted autoriza a nuestro uso y divulgación de la información protegida de salud para las opciones de tratamiento, pago y atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, esta revocación no afectará ninguna divulgación que ya hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. La práctica proporciona esta forma para cumplir con la Ley de Responsabilidad de 1996, Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

El paciente entiende que:

Autorizo Stuart Oncology Associates P.A. para liberar a mi compania de seguros y para comunicarse con los hospitals y otros proveedores medicos toda la informacion necsaria sobre los servicios, que incluya; medicos, psiquiatricos, estudios de laboratorio, pruebas de VIH y otros datos medicos relacionados con el tratamiento. Autorizo a cualquier compania de seguros o pagador para hacer el pago directamente a Stuart Oncology Associates P.A.. Una fotocopia de esta autorizacion sera considerada tan efectiva y valida para la duracion de esta afirmacion.

Información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para las opciones de tratamiento, pago o atención médica.

La práctica tiene un aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso. La práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad.

El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones. El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras van a cesar.

La práctica puede condicionar la administracion de tratamiento al momentode la ejecucion de este consentimiento

Recomocimiento del Aviso de Practicas de Privacidad

Mi firma verifica que Yo, _____, he recibido una copia

(Nombre)

De la notificacion de practicas de privacidad de Stuart Oncology Associates P.A.

Firma del destinatario _____ Fecha ____/____/____

INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA AUTORIZACION (OPCIONAL)

El Consentimiento Para Divulgar informacion medica

Por Favor Marque uno de los siguientes:

___ Doy mi permiso a los empleados de Stuart Oncology Associates, PA a revelar mi informacion protegida de salud para mi y los siquiente familiares y amigos

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

___ Solicito que toda mi informacion de salud protegida solo se comunicaran a mi y ningua otra familiar amigos, Entiendo que puedo revocaro cambiar este consentimiento en cualquier momento rellenando otro formulario de consentimiento para sustituir a este.

Firma del Paaciente _____ Fecha _____

Nombre del Paciente Imprima _____

Responsabilidad Económica para Pacientes Formulario

Estimado paciente,

Gracias por elegir Stuart Oncology Associates, PA como su proveedor de cuidados de su salud. Estamos comprometidos a proveerle atención médica de calidad. De vez en cuando los pacientes tienen preguntas con respecto a la responsabilidad del paciente y seguro para los servicios que reciben. Hemos desarrollado una política de pago para ayudar a entender su responsabilidad y la de su compañía de seguros (si es aplicable). Por Favor lea la política y firmar en el espacio provisto. Una copia será proporcionada a su solicitud. Si tiene alguna pregunta, por favor dejenos saber.

Medico Seguro. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de su contrato. Como cortesía, vamos a facturar a su plan de seguro para usted, siempre y cuando usted nos proporciona información precisa. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a la cobertura.

- ___1. El paciente (o tutor del paciente, poder notarial) es el último responsable del pago de tratamiento y atención.
- ___2. Los pacientes son responsables del pago de los copagos, coseguros, deducibles, y cualquier tratamiento no cubierta y servicios no pagados por su seguro.
- ___3. Si no nos proporciona la información de seguro correcta en el momento oportuno se le cobrará por todos los cargos asegurados.
- ___4. Su seguro puede necesitar cierta información directamente de usted. Es su responsabilidad cumplir con su petición.
- ___5. Stuart Oncology intentará facturar a su compañía de seguros dos veces en un esfuerzo para cobrar el pago. En el caso de que su seguro no paga por los servicios facturados el balance será su responsabilidad.
- ___6. Compañías de seguros HMO requieren un referido, es la responsabilidad del paciente. Para asegurar que se obtiene un referido válida y actual.
- ___7. Las citas perdidas - Puede haber una tarifa de 40,00 por las citas no canceladas más de 24 horas de antelación. Los pacientes que no reprogramar dentro de los 30 días o que tienen antecedentes de no asistir a la cita medica en repetidas ocasiones puede ser objeto de despido por "incumplimiento".
- ___8. Acuerdo-Financiero entiendo que mi contrato de seguro es entre yo y mi compañía de seguros. También estoy de acuerdo que soy responsable por cualquier cargo que no cubre mi compañía de seguros. Yo entiendo que la falta de pago a mi cuenta de tomar medidas financieras adecuadas pueden resultar en mi cuenta de ser entregado a agencia de coleccion. Si esto llega a ser necesario, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de cobro, que incluyen pero no se limitan a gastos de recaudación, las tasas judiciales, honorarios de abogados y otras tasas para la recoleccion de mi saldo de la cuenta. Además, consiento a Stuart Oncology Associates, PA consultas mi historial de crédito de conformidad con las necesidades legítimas de negocio y las leyes aplicables, reglas y regulaciones.

Firma _____ Fecha _____

Cónyuge / Garante _____ Fecha _____

Testigo _____ Actualizados _____

Prashant R. Patel, MD
Christine G. Simone, MD

STUART ONCOLOGY
ASSOCIATES, P. A.

Joseph My, DO

Registrosmedica

Fecha ____/____/____

**Yo presents solicito que mis registros medicos
pueden enviar a uno indica mas Adelante gracias.**

Stuart Oncology Associates, P.A.

501 SE Osceola St
Suite 301
Stuart, FL 34994
Phone (77) 223-5955
Fax (772) 223-5954

8980 S US Hwy 1
Suite 100
Port St Lucie, FL 34952
Phone (772) 807-6525
Fax (772) 807-6526

1780 SE Hillmoor Dr
Port St Lucie, FL 34952
Phone (772) 807-6525
Fax (772) 807-6526

451 SW Bethany Dr
Suite 100
Port St Lucie, FL 34986
Phone (772) 204-0795
Fax (772) 204-0796

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

Del Paciente Firma

(del Paciente) Direccion Ciudad Estado Postal

Fecha de Nacimiento

Los ultimos cuatro digitos del Numero de Seguro

____/____/____

Motivo de la Solicitud de Regist

Solicitud Autorizada Por _____
(Firma del Medico)

Como expedientes que se enviara

Recoger _____ Fecha ____/____/____ del paciente Firma _____

(Al momento de la recogida)

Fax # _____ Fecha ____/____/____ del empleado Firma _____

Carreo _____ Fecha ____/____/____ del empleado Firma _____