

ENT and Allegry Associates of Florida – Información del paciente

Por favor complete el formulario completamente

**** ** Las preguntas sobre raza y etnicidad deben ser enviadas al paciente por el gobierno federal ******

Saludo: Mr. ___ Mrs. ___ Ms. ___ Miss ___ Dr. ___ Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F ___ M ___ Estado Civil: M ___ S ___ D ___ W ___ Other ___

Por favor marque la respuesta apropiada:

* * Raza: Indio Americano / Nativo de Alaska ___ Asiático ___ Negro / Afroamericano ___ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico ___

Otra raza ___ Blanco/a ___ Se negó a responder ___

Por favor marque la respuesta apropiada: ** Etnicidad: hispana o latina ___ No Hispano o Latino: ___ Se negó a responder: ___

Religión: _____ Idioma preferido: _____ Nombre de soltera: _____

Parte responsable / Nombre del garante: _____

Dirección del paciente: _____

| Calle | Ciudad | Estado | Código Postal |
|-------|--------|--------|---------------|
|-------|--------|--------|---------------|

Segunda dirección del paciente: _____ Tiempo completo ___ Medio tiempo Residente ___

Teléfono del paciente (principal) (_____) _____ Teléfono del paciente (celular) (_____) _____

Verifique su preferencia sobre cómo contactarlo: Teléfono de la casa: ___ Teléfono celular: ___ Otro: _____

Correo electrónico: _____ Nombre del empleador: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono # _____

Nombre de la farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono # _____

Información del seguro

Compañía de seguros primaria: _____ Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID# _____ Grupo# _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID# _____ Grupo# _____

Marque la casilla a continuación o díganos a quién podemos agradecerle por referirlo?

___ Radio ___ Internet ___ Seguro ___ Facebook ___ Zocdoc ___ TV ___ Sitio web

Campaña de correo ___ Campaña de correo electrónico ___ Feria de salud ___ Revista ___ Aeropuerto ___

Amigo / Pariente (Nombre) _____ Familia Dr. / PCP (Nombre) _____

Consiento el tratamiento médico para mí, mi hijo o el menor mencionado anteriormente, por lo cual soy legalmente responsable. Autorizo la divulgación de cualquier información médica con el fin de presentar mi reclamo médico / quirúrgico. Autorizo que el pago en mi nombre y / o mis dependientes se realicen directamente a ENT and Allergy Associates de Florida. Además, entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio que mi compañía de seguros considere no cubierto, y los deducibles, copagos y coseguros se deben al momento del servicio. Además, entiendo que seré financieramente responsable de todos y cada uno de los costos y tarifas relacionados con el cobro de mi deuda.

También autorizo a mi médico y a ENT and Allergy Associates de la Florida a que me fotografíen para fines de documentación relacionada con la medicina. ___ Si ___ No

Signature: _____ **Date:** _____

LEE M. MANDEL, M.D., F.A.C.S., F.A.R.S.
Diplomado, Junta Americana de Otorrinolaringología
Diplomado, Junta Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva Facial

Brigitte Shaw, M.M.S, PA-C Sameeksha Patil Ng-a-Kien, M.M.S., PA-C Eden Avni M.M.S., PA-C

Centro de Seno Nasal y Alergias del Sur de la Florida

1301 E. Broward Blvd., Suite 240, Ft. Lauderdale, Florida 33301, Tel: (954) 983-1211 * Fax: (954) 983-4190
950 S. Pine Island Road, Suite A-180, Plantation, Florida 33324 Tel: (954) 587-4218 * Fax: (954) 587-4219

Política de pago

Lea atentamente y firme este formulario según le concierne a usted, el paciente.

****** Usted es responsable de su póliza de seguro**

Debido a los muchos cambios en las pólizas de seguro, no podemos ser responsables de interpretar cada póliza individual. **Es su responsabilidad conocer su cobertura individual y sus limitaciones, así como quién es un proveedor para su plan.** Le instamos a que consulte con su compañía de seguros sobre sus beneficios, ya que el incumplimiento podría ocasionar que usted, el paciente o la parte financieramente responsable sean responsables de todos los costos incurridos. **Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad saber o averiguar si somos proveedores de su red específica.**

****** Referencias**

Si necesita una referencia de su compañía de seguros o de su médico de atención primaria para ser atendido en esta oficina, la referencia debe estar presente al momento de su visita. Si no está disponible, será su responsabilidad obtener uno. En consecuencia, es posible que se le solicite que re programe su cita en caso de que no haya una referencia disponible. Le invitamos a que llame a su médico de atención primaria y nos envíe su referencia por fax.

****** Política de proveedores no participantes**

Si no somos un proveedor de su compañía de seguros, cobraremos nuestros honorarios en su totalidad al momento del servicio.

****** Su responsabilidad financiera**

Usted es responsable del pago de cualquier copago, coseguro, deducibles, ets., en el momento del servicio. Debido a que somos especialistas, es posible que algunos procedimientos diagnósticos / invasivos no se consideren parte de su copago de la visita a la oficina y que se apliquen a su deducible y / o coseguro. Llame a su compañía de seguros y conozca su cobertura para evitar confusiones y gastos de bolsillo.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento financiero

Por el presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Certifico que la información que he proporcionado para mi pago por parte de mi (s) plan (es) de seguro es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar la información anterior, plan o sus intermediarios o transportistas toda la información necesaria para este o cualquier otro relacionado reclamación del seguro. Solicito que los pagos de los beneficios autorizados se hagan a ENT y Allergy Associates of Florida en mi nombre. Asigno los beneficios a pagar para servicios médicos al médico u organización que presta los servicios y autorizo a dicho médico / organización a presentar una reclamación al seguro anterior en mi favor.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi seguro, incluidos los deducibles, copagos y coseguros, y que los pagos son debido a los servicios prestados en el momento.

Entiendo y acepto que en el caso de que no realice el pago de los servicios si se me entrega, mi nombre y mi cuenta pueden ser entregados a un abogado y / o a una tercera agencia de colecciones y acepto pagar la tarifa de cobro adicional del 30% del monto pendiente adeudado, incluidos los costos judiciales y / o los honorarios razonables de los abogados que puede ser incurrido en la colección de cualquier saldo pendiente.

Consentimiento de privacidad

Me han proporcionado una copia o acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Consentimiento para el tratamiento

Por el presente doy mi consentimiento voluntario para atención ambulatoria en ENT y Allergy Associates of Florida, abarcando procedimientos diagnósticos de rutina, exámenes y tratamiento médico, incluyendo, pero no limitado a, trabajo de laboratorio de rutina (como sangre, orine y otros, estudios), endoscopios, TC, pruebas de audiolología, pruebas de alergia y tratamiento, y administración de medicamentos prescritos por el médico. Entiendo que lo anterior, los procedimientos de diagnóstico y las pruebas están separados de mi visita al consultorio y pueden estar sujetos a deducible y coseguro.

Doy mi consentimiento para la realización de dichos procedimientos de diagnóstico, exámenes y prestación de tratamiento médico por los médicos y sus proveedores de nivel medio, incluyendo audiólogo, asistentes médicos o sus designados, según sea necesario en el juicio.

Consentimiento del mensaje

Nuestra política es notificarle verbalmente a usted, el paciente, todos los resultados de las pruebas ordenados por su proveedor y para confirmar citas programadas. Al indicar una respuesta a continuación, autorizan a nuestro personal a dejar un mensaje detallado en su correo de voz y / o contestador automático. Por favor verifique la respuesta: Sí / No

Consentimiento PBM

Al firmar este formulario de consentimiento, estoy autorizando a ENT y Allergy Associates of Florida para solicitar y usar mi historial de medicamentos recetados de otra atención médica proveedores y / o pagadores de farmacias de terceros para fines de tratamiento.

Los Gerentes de Beneficios de Farmacia son administradores de terceros, cuya responsabilidad principal es procesar y pagar medicamentos recetados, reclamaciones, también desarrollan y mantienen formularios que son listas de medicamentos prescindibles. Cubierto por un plan de beneficios particular.

Recordatorios de citas

ENT y Allergy Associates of Florida utilizan una cita con un tercero sistema de recordatorio, para notificar a los pacientes de su próxima cita por correo electrónico, texto mensaje y telefono.

Formulario de consentimiento reconocimiento

Yo, el paciente, he leído y entiendo lo siguiente:

- Consentimiento financiero
- Consentimiento de privacidad
- Consentimiento para el tratamiento
- Consentimiento PBM
- Consentimiento del mensaje

Además, reconozco que me han dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a estos consentimientos.

Firma del paciente / tutor: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento de Medicare (SOLO se aplica a los beneficiarios de Medicare)

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago conforme al Título SVIII y / o Título XIX, de la Ley de Seguridad Social, es correcto. Autorizo a cualquier titular de asistencia médica o otra información sobre mí para entregar a la Administración de la Seguridad Social o su intermediarios, cualquier información necesaria para este o un Medicare o Medicaid relacionado reclamación. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Yo asigno los beneficios a pagar por los servicios de médico / audiología. Entiendo que soy responsable de mis deducibles y coaseguros del seguro de salud.

Firma del paciente / tutor: _____ **Fecha:** _____

LEE M. MANDEL, M.D., F.A.C.S., F.A.R.S.

Diplomate, American Board of Otolaryngology
Diplomate, American Board of Facial Plastic and Reconstructive Surgery

Brigitte Shaw, M.M.S, PA-C Sameeksha Patil Ng-a-Kien, M.M.S., PA-C Eden Avni M.M.S., PA-C

South Florida Sinus and Allergy Center

1301 E. Broward Blvd., Suite 240, Ft. Lauderdale, Florida 33301, Tel: (954) 983-1211 * Fax: (954) 983-4190
950 S. Pine Island Road, Suite A-180, Plantation, Florida 33324 Tel: (954) 587-4218 * Fax: (954) 587-4219

Yo, _____ autorizo _____

Para divulgar o discutir información relacionada con mi condición médica (incluida información relacionada con mi plan de tratamiento, información de medicamentos y / o información de facturación) a las siguientes personas designadas:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

NO SE REQUIERE QUE LISTE NINGÚN NOMBRE SI NO LO TOMA, ELIGE.

Indique los números de teléfono donde desea que nos comuniquemos con usted para:

Avisos de recordatorio

Cambios en citas programadas

Los mensajes de lo anterior se pueden dejar en un contestador automático: Sí, No

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Nombre del paciente, (Por favor imprima): _____ D / O / B: _____

Firma del paciente o tutor legal

LEE M. MANDEL, M.D., F.A.C.S., F.A.R.S.
Diplomado, Junta Americana de Otorrinolaringología
Diplomado, Junta Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva Facial

Brigitte Shaw, M.M.S, PA-C Sameeksha Patil Ng-a-Kien, M.M.S., PA-C Eden Avni M.M.S., PA-C

Centro de Seno Nasal y Alergias del Sur de la Florida

1301 E. Broward Blvd., Suite 240, Ft. Lauderdale, Florida 33301, Tel: (954) 983-1211 * Fax: (954) 983-4190
950 S. Pine Island Road, Suite A-180, Plantation, Florida 33324 Tel: (954) 587-4218 * Fax: (954) 587-4219

Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de salud

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica protegida con el fin de diagnosticarme o brindarme un tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica o para llevar a cabo la atención médica. Entiendo que mi diagnóstico o tratamiento puede depender de mi consentimiento como prueba mediante mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a la forma en que mi información de salud protegida se usa o divulga para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica de la práctica. La organización anterior no está obligada a aceptar las restricciones que puedo solicitar. Sin embargo, si la organización anterior acepta una restricción que solicito, la restricción es vinculante para la organización anterior.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización anterior haya tomado medidas al confiar en este consentimiento.

Mi "información de salud protegida" se refiere a la información de salud, incluida mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de información de atención médica. Esta información médica protegida se relaciona con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura, y me identifica, o existe una base razonable para creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de las organizaciones anteriores antes de firmar este documento. Se me ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que ocurrirán en mi tratamiento, el pago de mi factura o en el desempeño de las operaciones de atención médica de la organización mencionada. El Aviso de Prácticas de Privacidad también se proporciona en la organización anterior y en el sitio web correspondiente. Este Aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y los deberes de la organización de nombres anteriores con respecto a mi información de salud protegida.

La organización mencionada anteriormente se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una notificación revisada de prácticas de privacidad llamando a la oficina y solicitando que me envíen una copia revisada por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

Nombre del paciente o representante personal Firma del paciente o representante personal

Fecha Descripción de la autoridad del representante personal

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento en este formulario, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

| | | |
|--------|------------|--------|
| Fecha: | Iniciales: | Razón: |
|--------|------------|--------|

LEE M. MANDEL, M.D., F.A.C.S., F.A.R.S.
Diplomado, Junta Americana de Otorrinolaringología
Diplomado, Junta Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva Facial

Brigitte Shaw, M.M.S, PA-C Sameeksha Patil Ng-a-Kien, M.M.S., PA-C Eden Avni M.M.S., PA-C

Centro de Seno Nasal y Alergias del Sur de la Florida

1301 E. Broward Blvd., Suite 240, Ft. Lauderdale, Florida 33301, Tel: (954) 983-1211 * Fax: (954) 983-4190
950 S. Pine Island Road, Suite A-180, Plantation, Florida 33324 Tel: (954) 587-4218 * Fax: (954) 587-4219

Escala de somnolencia de Epworth

¿Qué tan probable es que se duerma en las siguientes situaciones, en contraste con solo sentirse cansado? Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si no has hecho algunas de estas cosas, trata de determinar cómo te habrían afectado. Para cada situación, decide si tienes o no:

Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = nunca dormiría
- 1 = poca probabilidad de dormir
- 2 = probabilidad moderada de dormir
- 3 = alta probabilidad de dormir

Es importante que responda cada pregunta lo mejor que pueda.

| Situación | Probabilidad de dormir (0-3) |
|--|---------------------------------|
| Sentado y leyendo | |
| Viendo la televisión | |
| Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión) | |
| Como pasajero en un automóvil por una hora sin descanso | |
| Acostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan | |
| Sentado y hablando con alguien | |
| Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol | |
| En un coche, mientras está parado por unos minutos en el tráfico. | |
| <i>TOTAL</i> | |

Interpretación:

0-7: Es poco probable que tenga sueño anormal.

8-9: Usted tiene una cantidad promedio de somnolencia durante el día.

10-15: Usted puede tener sueño excesivo dependiendo de la situación. Es posible que desee considerar buscar atención médica.

16-24: Tiene un sueño excesivo y debe considerar buscar atención médica.

LEE M. MANDEL, M.D., F.A.C.S., F.A.R.S.
 Diplomado, Junta Americana de Otorrinolaringología
 Diplomado, Junta Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva Facial

Brigitte Shaw, M.M.S, PA-C Sameeksha Patil Ng-a-Kien, M.M.S., PA-C Eden Avni M.M.S., PA-C

Centro de Seno Nasal y Alergias del Sur de la Florida

1301 E. Broward Blvd., Suite 240, Ft. Lauderdale, Florida 33301, Tel: (954) 983-1211 * Fax: (954) 983-4190
 950 S. Pine Island Road, Suite A-180, Plantation, Florida 33324 Tel: (954) 587-4218 * Fax: (954) 587-4219

Cuestionario de STOP BANG

Detección de la apnea obstructiva del sueño

Responda solo la parte de STOP de este cuestionario.

| | | |
|--|-----------|-----------|
| STOP | | |
| ¿Roncas fuerte? (¿Más fuerte que hablar o lo suficientemente alto como para ser escuchado a través de puertas cerradas?) | SI | NO |
| ¿A menudo se siente cansado, fatigado o somnoliento durante el día? | SI | NO |
| ¿Alguien le ha observado dejar de respirar mientras duerme? | SI | NO |
| ¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta? | SI | NO |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| BANG | | |
| IMC más de 35kg / m ² | SI | NO |
| ¿Edad mayor de 50 años? | SI | NO |
| Circunferencia del cuello > 15.75in. (40cm)? | SI | NO |
| Género masculino | SI | NO |

| | |
|--------------|--|
| TOTAL | |
|--------------|--|

RIESGO DE OSA

≥ 3 respuestas de sí: alto riesgo para OSA

<3 respuestas afirmativas: bajo riesgo de OSA

Uso exclusivo de la oficina:

IMC: _____ Circunferencia del cuello: _____ cm

LEE M. MANDEL, M.D., F.A.C.S., F.A.R.S.
Diplomado, Junta Americana de Otorrinolaringología
Diplomado, Junta Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva Facial

Brigitte Shaw, M.M.S., PA-C Sameeksha Patil Ng-a-Kien, M.M.S., PA-C Eden Avni M.M.S., PA-C

Centro de Seno Nasal y Alergias del Sur de la Florida

1301 E. Broward Blvd., Suite 240, Ft. Lauderdale, Florida 33301, Tel: (954) 983-1211 * Fax: (954) 983-4190
950 S. Pine Island Road, Suite A-180, Plantation, Florida 33324 Tel: (954) 587-4218 * Fax: (954) 587-4219

Solicitud del paciente para comunicaciones por correo electrónico

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

Número de teléfono: _____ **Dirección de correo electrónico:** _____

Las comunicaciones a través de Internet y / o el uso del sistema de correo electrónico pueden no estar cifradas y pueden no ser seguras. No hay garantía de confidencialidad cuando se comunica por correo electrónico. Para cumplir con su solicitud, para que este proveedor / programa se comunique con usted por correo electrónico, debe completar este formulario y enviarlo al consultorio de su proveedor de atención médica.

Por favor, esté avisado que:

- Esta solicitud se aplica al proveedor de atención médica que usted indica a continuación. Si desea solicitar comunicarse por correo electrónico con otro proveedor de atención médica, debe completar una solicitud por separado para esa oficina.
- Ear, Nose and Throat Associated of South Florida, PA, la oficina de Lee M. Mandel, MD, no comunicarán información de salud que esté especialmente protegida por las leyes estatales y federales (por ejemplo, HIV / SIDA, abuso de sustancias, información de salud mental) vía correo electrónico.
- Debe proporcionar su dirección de correo electrónico cuando se registre para su visita con su proveedor.
- Se recomienda que envíe un correo de prueba antes del correo electrónico correspondiente.

Entiendo y acepto lo siguiente:

- Certifico que la dirección de correo electrónico en esta solicitud es correcta y que acepto toda la responsabilidad por los mensajes enviados a esta dirección o desde esta.
- He recibido una copia del formulario de INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE, y leí, lo entiendo y autorizo que me envíen la información solicitada a través de la dirección de correo electrónico que proporcioné anteriormente.
- Comprendo y acepto que las comunicaciones a través de Internet y / o el uso del sistema de correo electrónico pueden no estar cifradas y pueden no ser seguras: no existe garantía de confidencialidad de la información cuando se comunica por correo electrónico.
- Entiendo que todas las comunicaciones por correo electrónico se pueden reenviar a otros proveedores con el propósito de brindarme tratamiento.
- Estoy de acuerdo en hacer que Ear, Nose and Throat Associated of South Florida, PA, la oficina de Lee M. Mandel, M.D., y los individuos asociados con ella sean inofensivos de todas y cada una de las reclamaciones y responsabilidades derivadas de o relacionadas con la comunicación por correo electrónico.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del médico o programa: _____

¡DANOS SU OPINION!

Al tomarse unos minutos para completar esta encuesta, nos ayudará a mejorar nuestra comunicación con usted.

1. ¿Qué estación (es) de radio te gusta escuchar?
 - 97.9 WRMF
 - Easy 93.1
 - Y100/100.7
 - 99.9 Kiss Country
 - HITS 97.3
 - 102.7 The Beach
 - 101.5 Lite FM
 - 610 WIOD
 - 560 WQAM
 - Sirius Radio
 - Pandora
 - Otro
2. ¿A qué hora del día escuchas la radio?
 - Temprano en la mañana (6am - 9am)
 - Mañana (9am - 12pm)
 - Tarde (12pm - 4pm)
 - Noche (4pm - 8pm)
 - Noche (8pm - midnight)
 - Medianoche - 6am
3. ¿Qué estación (s) de TV prefiere ver?
 - WPLG Canal 10
 - NBC Canal 6
 - WSVN Canal 7
 - CBS Canal 4
 - The CW
 - The WB
 - Otro
4. ¿A qué hora del día ves televisión?
 - Temprano en la mañana (6am - 9am)
 - Mañana (9am - 12pm)
 - Tarde (12pm - 4pm)
 - Noche (4pm - 8pm)
 - Noche (8pm - midnight)
 - Medianoche - 6am
5. ¿Qué medio (s) usas para las noticias?
 - A. Red de televisión
 - ABC
 - NBC
 - CBS
 - FOX
 - UNIVISION
 - TELEMUNDO
 - B. Cable
 - C. Radio
 - D. Periódico
 - E. En línea
6. ¿Qué periódico (s) le gusta leer?
 - Sun Sentinel
 - Miami Herald
7. ¿Qué revista (s) te gusta leer?
 - City & Shore
 - Fort Lauderdale Magazine
 - Lifestyle
 - Gold Coast
 - Otra
8. ¿Cómo le gustaría escuchar sobre nuevos servicios ofrecidos en South Florida Sinus and Allergy Center?
 - Correo electrónico
 - Anuncio publicitario / folleto
 - Robo-Call
 - Mensaje de texto