

DATOS PERSONALES

Nombre completo

Dirección postal

Email

Teléfono

Seguro Social

Fecha de nacimiento

Edad

Estado civil

Sexo:

F

M

Peso

Estatura

Ocupación

PLAN MÉDICO

Plan médico principal

Póliza

Grupo

Deducible \$

Certificado

Plan secundario

Póliza

ASEGURADO PRINCIPAL (SI NO ES EL PACIENTE)

Nombre del asegurado principal

Relación

Fecha de nacimiento

Teléfono

Patrono

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre

Teléfono

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS EN USO (NOMBRE Y DOSIS)

HISTORIAL FAMILIAR (MARQUE A QUIÉN APLICA)

	Padre	Madre	Familiar
Enfermedad del corazón			
Alta presión			
Derrame cerebral			
Cáncer			
Diabetes			
Epilepsia			
Desorden de sangrado			
Enfermedad del riñón			
Enfermedad de tiroides			
Glaucoma			
Enfermedad mental			

HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS PREVIAS

Razón

Fecha

Tétano	Gota
Diphtheria	Enfermedad de Próstata
Polio	Falta de aire
Rubéola	Palpitaciones
Sarampión	Dolor de Pecho
Varicela	Mareos
Fiebre Reumática	Alta Presión
Pulmonía	Diabetes
Bronquitis	Epilepsia
Asma	Enfermedad vascular
Tuberculosis	Nerviosismo
"Rash" crónico	Cáncer
Anemia	Colesterol alto
Hepatitis	Migraña
HIV	Soplo Cardíaco
Úlceras	Artritis
Enfermedad de Vesícula	Hemorroides
Irregularidad de evacuación	
Sangrado en evacuación	
Otro	

HÁBITOS

Cigarrillo: paquetes diarios	¿Cuánto tiempo?	¿Cuándo lo dejó?
Alcohol		
Rutina de ejercicios		
Patrón de sueño	Dieta	
Hábitos tóxicos (drogas)		

Aquella información referente a su salud — pasada, presente o futura —, el tratamiento utilizado o el pago realizado se considera **Información Médica Protegida**. El Dr. Luis D. Carcorze Soto entiende que su información personal y de salud es confidencial. Estamos obligados bajo la ley federal *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) de 1996 a mantener su información privada y a notificarle sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad.

Este aviso explica cómo, cuándo y por qué podemos usar o divulgar su información médica protegida. En general, se accede, usa o divulga solo el mínimo necesario de su información. Si se descubre una violación, estamos obligados a notificarle. Para evitar el acceso a personas ajenas al cuidado de su salud, nuestros expedientes físicos y electrónicos se encuentran en áreas no accesibles a personas no autorizadas y son custodiados por nuestros empleados en todo momento. El Dr. Luis D. Carcorze Soto y sus empleados deben seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida:

- 1. Para su tratamiento:** se accede, utiliza y divulga su información al grupo clínico o facilidades envueltas en su atención médica (por ejemplo, la farmacia).
- 2. Para obtener pagos:** se accede, utiliza y divulga su información a las aseguradoras con el propósito de obtener pago por los servicios prestados (por ejemplo, Medicare/Medicaid o su plan médico privado).
- 3. Para las operaciones del centro:** se accede, utiliza y divulga su información para monitorear o analizar nuestras operaciones diarias (por ejemplo, cuestionarios de satisfacción o informes solicitados por agencias fiscalizadoras como el Departamento de Salud de PR).

Importante: para cualquier otro uso no descrito en este aviso, estamos obligados a tener su autorización por escrito, a menos que aplique una de las excepciones descritas en la próxima página. Usted puede revocar o limitar su autorización notificándonos por escrito.

Usos y divulgaciones que no requieren su autorización:

- 1. Cuando es requerido por ley:** podemos revelar su información cuando la ley lo requiera o permita. Por ejemplo, para reportar sospechas de abuso o negligencia, en relación a actividad criminal, para identificar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida, para productos o actividades regulados por la FDA, o en respuesta a una orden judicial.
- 2. Actividades de salud pública:** podemos divulgar su información cuando sea requerido o permitido para recopilar información sobre enfermedades o lesiones, o para informar estadísticas vitales a agencias de salud pública (por ejemplo, casos de tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, nacimientos y muertes).
- 3. Para evitar una amenaza a la salud o seguridad:** para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público, podemos divulgar su información cuando sea necesario para hacer cumplir la ley o prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño a otras personas.
- 4. Compensación:** podemos revelar su información a su empleador o a la compañía de seguros de su empleador por compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Yo,

certifico que he leído las disposiciones de consentimiento a tratamiento y la notificación de políticas de privacidad, que las entiendo y que estoy de acuerdo con sus términos y condiciones, incluyendo la creación de un archivo electrónico con mi información protegida.

Nombre de Paciente (letra de molde)

Firma de Paciente (en la oficina)

Fecha

Nombre de Representante (letra de molde)

Firma de Representante (en la oficina)

Fecha

Consentimiento general: al firmar abajo, autorizo al Dr. Luis D. Carcorze Soto a realizar los exámenes, pruebas de diagnóstico y procedimientos necesarios para evaluar mis condiciones de salud y proporcionar tratamientos (incluyendo tratamientos de emergencia), servicios o terapias para diagnosticarme y tratarme con eficacia. Entiendo que es responsabilidad del profesional de la salud explicarme el tratamiento, los servicios, los medicamentos prescritos, las intervenciones y/o los procedimientos. Antes de someterme a otros procedimientos o exámenes, el profesional de la salud me explicará los posibles beneficios, riesgos y/o efectos secundarios, los problemas potenciales que puedan surgir durante la recuperación, la probabilidad de éxito y las opciones existentes, incluyendo los posibles resultados de no elegir el tratamiento recomendado.

Derecho a decidir sobre mi tratamiento: entiendo que puedo negarme a cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o considerado médicamente necesario por el Dr. Luis D. Carcorze Soto, y que sigo siendo responsable de las decisiones sobre mi propia salud y de las consecuencias de esas decisiones. Además, entiendo que tengo derecho a decidir sobre mi cuidado médico aun cuando ya no pueda comunicar mis deseos, a través de un documento escrito conocido como “directrices anticipadas”, que debo dar a conocer a mis familiares y personas cercanas para que sea aplicado cuando ya no tenga la capacidad de hacerlo.

Responsabilidad de pago: entiendo que debo pagar al Dr. Carcorze Soto cualquier cargo que resulte de mi tratamiento. De tener un seguro de salud vigente, solicito que el pago de los beneficios cubiertos se haga en mi nombre al Dr. Luis D. Carcorze Soto por los servicios provistos. Entiendo que el Dr. Luis D. Carcorze Soto puede divulgar información de salud sobre mi persona — incluyendo información relacionada con VIH/SIDA, abuso de sustancias (excepto la información limitada por ley) y tratamientos de salud mental — a mi compañía de seguros de salud con el fin de que sean aprobados mis beneficios.

Certifico que he leído cuidadosamente este consentimiento de tratamiento y entiendo los derechos aquí señalados.

Firma (en la oficina)

Fecha

Todo servicio quirúrgico en el que el médico interviene para mejorar la salud de un paciente — sea un caso electivo o emergente — conlleva un costo.

Si el paciente tiene un seguro de salud vigente con el cual el médico cirujano está contratado, ese seguro pagará la tarifa correspondiente al procedimiento realizado.

Si el paciente no tiene un seguro de salud vigente, o tiene un seguro con el cual el médico no tiene contrato, el paciente se compromete a pagar por el procedimiento realizado.

No se le negará tratamiento emergente a un paciente por falta de un plan médico vigente, pero el paciente se compromete a pagar por el tratamiento realizado.

El Dr. Luis D. Carcorze Soto contará con un técnico quirúrgico especializado para realizar con eficacia todos sus procedimientos. Este servicio **no es cubierto** por los planes médicos en Puerto Rico y conlleva un costo de **\$75.00** por caso quirúrgico.

Algunos casos de mayor complejidad necesitan la asistencia de dos cirujanos en el campo quirúrgico. La mayoría de los planes médicos en Puerto Rico no cubren la tarifa del segundo cirujano. Esta tarifa puede fluctuar, según la complejidad del caso, entre **\$800.00 y \$1,000.00** por caso quirúrgico.

En los procedimientos realizados en oficina se utiliza una bandeja quirúrgica que no es cubierta por su plan médico y conlleva un costo que fluctúa entre **\$40.00 y \$60.00**; cada procedimiento es particular y este cargo se paga al momento del procedimiento.

Certifico que he leído cuidadosamente y entiendo los detalles de esta responsabilidad de pago, y me comprometo a realizar los pagos correspondientes de ser necesarios.

Nombre de Paciente (letra de molde)

Firma de Paciente (en la oficina)

Fecha

Nombre de Representante (letra de molde)

Firma de Representante (en la oficina)

Fecha