

CLEOPATRA GORDON-PUSEY, MD

700 North Hiatus Rd Suite #213, Pembroke Pines FL 33026
222 S. Flamingo Rd. Pembroke Pines, FL 33027
Phone: 954-392-9026 Fax: 954-357-2353

**ACUSE DE RECIBO
DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que se me proporcionó una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y que las he leído o rechazado la oportunidad de leerlas y entender la Notificación de Prácticas de Privacidad. La Notificación de Práctica de Privacidad se publica en la pared de la sala de espera del paciente.

First Name

Middle Name / MI

Last Name

**Padre, Guardián del
Representante Legal del
Paciente:**

Firma:

Fecha

FLORIDA

Directiva Anticipada

Planificación de Decisiones Importantes de Atención de Salud

Usando de Estos Materiales

ANTES DE QUE EMPIECES

1. Asegúrese de que tiene los materiales para cada estado en el que puede recibir atención médica.
2. Estos materiales incluyen:
 - Instrucciones para preparar su directiva anticipada, lea todas las instrucciones.
 - Los formularios de directiva anticipada específicos del estado, que son las páginas con la barra de instrucciones en gris en el lado izquierdo.

PASOS DE ACCIÓN

1. Puede que desee fotocopiar o imprimir un segundo conjunto de estos formularios antes de comenzar, por lo que tendrá una copia limpia si necesita empezar de nuevo.
2. Hable con su familia, amigos y médicos sobre su directiva anticipada. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.
3. Una vez completado y firmado el formulario, fotocopie el formulario y dáselo a la persona que has designado para tomar decisiones en tu nombre, tu familia, amigos, proveedores de atención médica y / o líderes religiosos para que el formulario esté disponible en caso de una emergencia.
4. También puede guardar una copia de su formulario en una solicitud, un programa o un servicio de registro de salud personal en línea que le permite compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares y otras personas que deseen tomar un rol activo en su avance Planificación de la atención.

Introducción a su Directiva Anticipada de la Florida

Este paquete contiene un documento legal que protege su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea, o solicitar tratamiento que desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones usted mismo. Puede completar la Parte Uno, Segunda Parte, o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. Debe completar la tercera parte.

Primera parte. La designación de sustituto de atención médica de Florida le permite nombrar a un adulto competente para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre los procedimientos para prolongar la vida, si ya no puede hablar por sí mismo. La designación de sustituto de la atención de la salud es especialmente útil porque nombra a alguien para hablar por usted en cualquier momento que son incapaces de tomar sus propias decisiones médicas, no sólo al final de la vida.

Los poderes de su sustituto de atención médica entran en vigor cuando su médico determina que usted está físicamente o mentalmente incapaz de comunicar una decisión voluntaria y consciente de la atención médica.

La segunda parte. El Testamento Vital de Florida le permite expresar sus deseos sobre el cuidado de la salud en el caso de que usted esté en un estado vegetativo persistente, tenga una condición de etapa final o desarrolle una condición terminal. Su testamento vital entra en efecto cuando su médico determina que usted tiene una de estas condiciones y ya no puede tomar sus propias decisiones de atención de la salud.

Su testamento vital también le permitirá expresar sus deseos de donación de órganos.

La tercera parte contiene las disposiciones de firma y testigo para que su documento sea efectivo.

Este formulario no se refiere expresamente a la enfermedad mental. Si desea hacer planes de cuidado avanzado con respecto a la enfermedad mental, debe hablar con su médico y un abogado sobre un poder duradero de abogado adaptado a sus necesidades. Sin embargo, a menos que su designación de sustituto de atención médica expresamente declare lo contrario, su sustituto de atención de la salud presuntamente puede tomar decisiones de atención de salud en relación con el tratamiento de salud mental

Nota: Estos documentos serán legalmente vinculantes sólo si la persona que los completa es un adulto competente (por lo menos 18 años de edad).

Completando su Directiva de Avance de Florida

¿A quién debo nombrar como mi sustituto?

Su sustituto es la persona que usted designa para tomar decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones usted mismo. Su sustituto puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones serias. La persona que usted nombra como su sustituto debe entender claramente sus deseos y estar dispuesto a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica para usted.

Usted puede designar una segunda persona como suplente sustituto. El suplente intervendrá si la primera persona que usted nombra como sustituto no puede, no quiere o no está disponible para actuar por usted.

¿Cómo puedo hacer que mi Directiva de Avance de Florida sea legal?

La ley requiere que usted firme su Directiva anticipada en presencia de dos testigos adultos, quienes también deben firmar el documento. Si usted es físicamente incapaz de firmar, puede que alguien firme para usted en su presencia y en su dirección y en la presencia de sus dos testigos.

Su sustituto y sustitutos no pueden actuar como testigos de este documento. Al menos uno de sus testigos no debe ser su cónyuge o pariente de sangre.

Nota: Usted no necesita notarizar su Florida Advance Directive.

¿Debo agregar instrucciones personales a mi Florida Advance Directive?

Una de las razones más fuertes para nombrar a un sustituto es tener a alguien que pueda responder con flexibilidad a medida que cambie su situación médica y se ocupe de situaciones que no ha previsto. Si agrega instrucciones a este documento puede ayudar a su sustituto a llevar a cabo sus deseos, pero tenga cuidado de no restringir involuntariamente el poder de su sustituto para actuar en su mejor interés. En cualquier caso, asegúrese de hablar con su sustituto acerca de su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida aceptable".

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted siempre puede revocar su Florida Advance Directive. La ley estatal le permite revocar su documento de las siguientes maneras:

1. Mediante un escrito firmado y fechado que demuestre su intención de revocarlo;
2. Destruyendo físicamente el original, o haciendo que alguien lo destruya para usted en su presencia en su dirección;
3. Expresando oralmente su intención de revocar; o
4. Mediante la ejecución de una nueva directiva anticipada que reemplaza al documento anterior.

Debe notificar a su proveedor de atención médica y al sustituto (s) para asegurarse de que su revocación es efectiva.

Si nombra a su cónyuge como su sustituto y está divorciado o su matrimonio es posteriormente anulado, los poderes de su cónyuge como sustituto serán automáticamente revocados. Si desea que los poderes de su cónyuge continúen en caso de divorcio o anulación, puede indicarlo en la sección "Instrucciones adicionales" en la página 2 del formulario agregando una instrucción como "La autoridad de mi sustituto no Ser revocada por el divorcio o la anulación de nuestro matrimonio".

¿Qué otros hechos debo saber?

Si desea darle a su sustituto la autoridad para rehusar el tratamiento de prolongación de la vida para usted en el caso de que se enferme en forma terminal e incompetente mientras está embarazada, debe agregar una instrucción como: "Mi sustituto tiene la autoridad para ordenar el Retención o retirada del tratamiento de prolongación de la vida, incluso si estoy embarazada", en la sección "Instrucciones adicionales" de la página 2 del formulario.

Además, a menos que indique expresamente lo contrario en la sección "Instrucciones Adicionales", su sustituto de atención médica, si nombra uno, no tiene autoridad para autorizar el aborto, la esterilización, la terapia con electrochoque, la psicocirugía, los tratamientos experimentales o el ingreso voluntario a una salud mental instalaciones.

Primera Parte. Designación del Substituto de Cuidado de la Salud

First Name

Middle Name / MI

Last Name

En el caso de que se haya determinado que estoy incapacitado para proporcionar el consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar como mi sustituto para las decisiones del cuidado de la salud:

Nombre del Sustituto

Número de Teléfono

Dirección del Sustituto

Ciudad/Estado/Código Postal

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus deberes, deseo designar como mi sustituto alternativo:

Nombre del Sustituto Alterno

Número de Teléfono

Dirección del Sustituto Alterno

Ciudad/Estado/Código Postal

Entiendo plenamente que esta designación permitirá a mi designado tomar decisiones de cuidado de la salud y proporcionar, retener, o retirar el consentimiento en mi nombre; Para solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de la atención médica; Y para autorizar mi ingreso o traslado desde un centro de salud.

Cuando tomo decisiones sobre el cuidado de mi salud, mi sustituto de cuidado de la salud debe pensar en qué acción sería consistente con las conversaciones pasadas que hemos tenido, mis preferencias de tratamiento expresadas en la Parte Dos (si he llenado la Parte Dos), mis creencias religiosas y otras Y los valores, y cómo he manejado médicos y otros asuntos importantes en el pasado. Si lo que decidiría todavía no está claro, entonces mi sustituto de cuidado de la salud debe tomar decisiones por mí que mi sustituto de atención médica cree que están en mi mejor interés, teniendo en cuenta los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias actuales y opciones de tratamiento.

Instrucciones adicionales (opcional)

La Segunda Parte. Declaración

Fecha de Hoy

Yo, el paciente, voluntaria y voluntariamente doy a conocer mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se exponen a continuación, y por la presente declaro que

Si en cualquier momento estoy incapacitado y

Seleccione cualquiera que corresponda

- Tengo una condición terminal, o
- Tengo una condición de etapa final, o
- Estoy en un estado vegetativo persistente

Inicial

Y si mi médico asistente o médico y otro médico consultor han determinado que no hay una probabilidad médica razonable de mi recuperación de tal condición, ordeno que los procedimientos de prolongación de la vida sean retenidos o retirados cuando la aplicación de tales procedimientos sirva sólo para prolongar artificialmente El proceso de morir y que se me permita morir naturalmente con sólo la administración de medicación o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme un cuidado de confort para aliviar el dolor.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico ya aceptar las consecuencias para tal rechazo.

Mi falta de designar a un sustituto de atención médica en la Parte Uno no invalidará esta declaración.

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

Por este medio, este regalo anatómico, si es médicamente aceptable, surte efecto en la muerte. Las palabras y las marcas abajo indican mis deseos:

Le doy (seleccione una opción a continuación):

- Los órganos, tejidos u ojos necesarios para el trasplante, la terapia, la investigación médica o la educación;
- Sólo los siguientes órganos, tejidos u ojos con fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación (enumerados a continuación)
- Mi cuerpo para el estudio anatómico si es necesario. Limitaciones o deseos especiales, si alguno de ellos se enumeran a continuación
- Ya he hecho arreglos para donar

Doy solamente los siguientes órganos, tejidos u ojos para el propósito de trasplante, terapia, investigación médica o educación

Limitaciones o deseos especiales que pongo en mi cuerpo para el estudio anatómico si es necesario

Iniciales

Si ya he decidido donar, seleccione

- Doy los órganos, tejidos u ojos necesarios,
- Doy los siguientes órganos, tejidos u ojos especificados

Órganos, tejidos u ojos especificados

Nombre de Donatario

Número de Teléfono

Dirección del Donatario

Ciudad/Estado/Código Postal

Parte tres. Ejecución

Yo, el paciente, entiendo el impacto completo de esta declaración, y soy emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta declaración. Afirmó además que esta designación no se está realizando como una condición de tratamiento o admisión a un centro de salud.

Fecha

Firmado

Testigo 1:

Firmado

Dirección del Testigo 1

Ciudad/Estado/Código Postal

Testigo 2:

Firmado

Dirección del Testigo 2

Ciudad/Estado/Código Postal

(Opcional) Yo notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas que no sean mi sustituto, para que puedan saber quién es mi sustituto:

Nombre

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Nombre

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Usted ha llenado su directiva de atención médica, ¿y ahora qué?

1. Su Directiva de Avance de Florida es un documento legal importante. Guarde el documento original firmado en un lugar seguro pero accesible. No coloque el documento original en una caja de seguridad o cualquier otra caja de seguridad que impida que otros tengan acceso a ella.
2. Dé las fotocopias del original firmado a su sustituto y al suplente sustituto, al doctor (s), a la familia, a los amigos cercanos, al clero ya cualquier otra persona que pudiera implicarse en su cuidado médico. Si ingresa a un hogar de ancianos o hospital, tenga fotocopias de su documento en su historial médico.
3. Asegúrese de hablar con su sustituto (s), médico (s), clero, familia y amigos acerca de sus deseos en relación con el tratamiento médico. Comente sus deseos con ellos a menudo, especialmente si su condición médica cambia.
4. También puede guardar una copia de su formulario en una solicitud, un programa o un servicio de registro de salud personal en línea que le permite compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares y otras personas que deseen tomar un rol activo en su avance Planificación de la atención.
5. Si desea realizar cambios en sus documentos después de haberlos firmado y atestiguado, debe completar un nuevo documento.
6. Recuerde, siempre puede revocar su documento de la Florida.
7. Tenga en cuenta que su documento de Florida no será efectivo en caso de una emergencia médica. Se requiere que la ambulancia y el personal del departamento de urgencias del hospital proporcionen reanimación cardiopulmonar (CPR) a menos que se les dé una directiva separada que estipule lo contrario. Estas directivas, denominadas "directivas de atención médica prehospitolaria" o "órdenes de no resucitar", están diseñadas para personas cuya mala salud les da pocas posibilidades de beneficiarse de la RCP. Estas instrucciones instruyen a la ambulancia y al personal de emergencia de los hospitales de no intentar la RCP si su corazón o la respiración debe detenerse.

Cuestionario de Calidad de Vida

First Name

Middle Name / MI

Last Name

Date of Birth

1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alergias?

Sí No

2. ¿Actualmente está tomando o ha tomado durante el año pasado algún medicamento sin receta médica o ha prescrito medicamentos con receta médica para alergias, fiebre del heno o congestión nasal?

Sí No

En caso afirmativo, sírvase enumerar todas las que correspondan

3. ¿Alguna vez le han diagnosticado asma?

Sí No

4. ¿Su médico está tratando su asma con medicamentos?

Sí No

En caso afirmativo, sírvase enumerar todas las que correspondan

5. Por favor, marque cualquiera de los siguientes síntomas que experimenta más de tres veces en un mes o durante más de tres meses consecutivos. Tenga en cuenta que en el caso de las alergias estacionales, es posible que no las esté experimentando ahora, pero puede experimentarlas regolativamente durante una temporada diferente del año. Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

- Congestión nasal
- Nariz que moquea
- Ojos que pican
- Ojos llorosos
- Picazón en la garganta
- Dolor de garganta
- Tos
- Pasado goteo nasal
- Dolores de cabeza
- Problemas para dormir
- Fatiga

Cuestionario de Estrés del Paciente*

Fecha

First Name

Middle Name / MI

Last Name

Date of Birth

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?

(Por favor, seleccione su respuesta y marque las casillas que correspondan a su caso.)

1. Poco interés o placer en hacer las cosas

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

2. Sentirse abajo, deprimido, o desesperado

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

3. Problemas para caer o permanecer dormido, o durmiendo mucho

-
- 0 - Nunca 1 - Varios días
- Problemas para caer o permanecer dormido, o 2 - Más de la mitad de los días
- Durmiendo mucho 3 - Casi todos los días

4. Sentirse cansado o tener poca energía

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

5. Falta de apetito o comiendo en exceso

-
- 0 - Nunca 1 - Varios días
- Falta de apetito o 2 - Más de la mitad de los días
- Comiendo en exceso 3 - Casi todos los días

6. Sentirse mal consigo mismo o que usted es un fracaso o ha dejado a usted o a su familia

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

7. Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver la televisión

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haber notado, o lo contrario - estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual

-
- 0 - Nunca 1 - Varios días
- Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haber notado, o 2 - Más de la mitad de los días
- Lo contrario - estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual 3 - Casi todos los días

9. Pensamientos de que estarías mejor muerto, o hacerse daño de alguna manera

-
- 0 - Nunca 1 - Varios días
- Pensamientos de que estarías mejor muerto, o 2 - Más de la mitad de los días
- Hacerse daño de alguna manera 3 - Casi todos los días

Puntaje total

1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

2. No ser capaz de detener o controlar la preocupación

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

3. Preocuparse demasiado con cosas diferentes

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

4. Problemas para relajarse

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

6. Irritarse o irritarse fácilmente

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar

- 0 - Nunca 1 - Varios días 2 - Más de la mitad de los días 3 - Casi todos los días

Puntaje total

¿Está usted actualmente en algún dolor físico?

- No Sí

En su vida, ¿alguna vez ha tenido alguna experiencia que fue tan espantosa, horrible o molesta que, en el último mes, usted:

1. ¿Ha tenido pesadillas al respecto o pensó en ello cuando no quería hacerlo?

- No Sí

2. ¿Has intentado no pensar en ello o has salido de tu camino para evitar situaciones que te lo hayan recordado?

- No Sí

3. ¿Estaban constantemente en guardia, atentos o fácilmente sorprendidos?

- No Sí

4. Sentido entumecido o separado de otros. Actividades, o sus alrededores?

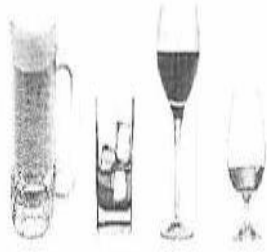
- No Sí

Beber alcohol puede afectar su salud. Esto es especialmente importante si toma ciertos medicamentos. Queremos ayudarle a mantenerse sano y reducir su riesgo de los problemas que pueden ser causados por beber.

Estas preguntas se refieren a sus hábitos de consumo. Hemos enumerado el tamaño de la porción de una bebida abajo.

Porción estándar de una bebida:

- 12 onzas de cerveza o vino
- 1.5 onzas de licor de 80 pruebas
- 5 onzas de vino
- 4 onzas de brandy, licor o aperitivo



¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?

- 0 - Nunca
- 1 - Mensual o menos
- 2 - 2-4 veces al mes
- 3 - 2-3 veces a la semana
- 4 - 4+ veces por semana

¿Cuántas bebidas que contiene alcohol tiene en un día típico cuando está bebiendo?

- 0 - 1 o 2
- 1 - 3 o 4
- 2 - 5 o 6
- 3 - 7 a 9
- 4 - 10 o más

¿Con qué frecuencia toma cuatro o más bebidas en una ocasión?

- 0 - Nunca
- 1 - Menos de un mes
- 2 - Mensual
- 3 - Semanal
- 4 - Diario o casi diario

¿Con qué frecuencia durante el último año...

... ¿encontró que no podía dejar de beber una vez que había empezado?

- 0 - Nunca
- 1 - Menos de un mes
- 2 - Mensual
- 3 - Semanal
- 4 - Diario o casi diario

... no hizo lo que normalmente se esperaba de usted por beber?

- 0 - Nunca
- 1 - Menos de un mes
- 2 - Mensual
- 3 - Semanal
- 4 - Diario o casi diario

... necesitaba una primera copa por la mañana para ir después de beber mucho?

- 0 - Nunca
- 1 - Menos de un mes
- 2 - Mensual
- 3 - Semanal
- 4 - Diario o casi diario

... ¿Tenía un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?

- 0 - Nunca
- 1 - Menos de un mes
- 2 - Mensual
- 3 - Semanal
- 4 - Diario o casi diario

... no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior porque había estado bebiendo?

- 0 - Nunca
- 1 - Menos de un mes
- 2 - Mensual
- 3 - Semanal
- 4 - Diario o casi diario

¿Usted o alguien más ha resultado herido como resultado de su bebida?

- 0 - No
- 1 - Sí, pero no en el último año
- 3 - Sí, durante el último año

¿Le ha preocupado un familiar, amigo, médico u otro trabajador de salud su consumo de alcohol o le sugirió que redujera?

- 0 - No
- 1 - Sí, pero no en el último año
- 3 - Sí, durante el último año

ACUERDO FINANCIERO

CLEOPATRA GORDON-PUSEY, MD

Life is Beautiful

700 North Hiatus Rd Suite # 213, Pembroke Pines FL 33026

222 S. Flamingo Rd. Pembroke Pines, FL 33027

Telephone: (954) 392-9026, (954) 392 9025

Fax: (954) 357-2353

lifeisbeautifulmd@gmail.com

First Name

Middle Name / MI

Last Name

Yo, la persona arriba mencionada, reconozco que el pago es debido en el momento del tratamiento, a menos que se hagan otros arreglos. Estoy de acuerdo en que los padres, tutores o representantes de personas son responsables de todos los honorarios y servicios prestados por el tratamiento de menores / niños. Acepto la plena responsabilidad financiera de todos los cargos por servicios o artículos que me han proporcionado, a menores / niños, o al paciente por quien, tengo responsabilidad legal. Entiendo que presentar una reclamación con mi compañía de seguros no me exime de mi responsabilidad por el pago de todos los cargos.

Firma del Paciente, Tutor o Representante Personal:

Fecha

**Nombre del Paciente,
Guardián o Representante
Personal:**

Fecha

700 North Hiatus Rd Suite # 213
Pembroke Pines, FL 33026

Fecha

222 S. Flamingo Rd.
Pembroke Pines, FL 33027

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE LA SALUD

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales
Y se convertirá en parte de su historial médico.

First Name

Middle Name / MI

Last Name

Género

Fecha de Nacimiento

Estado Civil:

Médico anterior o referencia:

Fecha del último examen
físico:

HISTORIA DE LA SALUD PERSONAL

Enfermedad del niño (marque todas las que apliquen):

- Sarampión
- Paperas
- Rubéola
- Varicela
- Fiebre reumática
- Polio

Por favor, indique las fechas de vacunación que ha recibido.

Tétanos:

Hepatitis:

Influenza:

Neumonía:

Varicela:

MMR (Sarampión, Paperas,
Rubéola)

Enumere cualquier problema médico que otros médicos hayan diagnosticado.

Cirugías

Año:

Razón:

Hospital:

Año:

Razón:

Hospital:

Año: _____	Razón: _____	Hospital: _____
Año: _____	Razón: _____	Hospital: _____
Año: _____	Razón: _____	Hospital: _____

Other hospitalizations

Año: _____	Razón: _____	Hospital: _____
Año: _____	Razón: _____	Hospital: _____
Año: _____	Razón: _____	Hospital: _____
Año: _____	Razón: _____	Hospital: _____
Año: _____	Razón: _____	Hospital: _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?

Sí No

Enumere sus medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, como vitaminas e inhaladores

Nombre del Medicamento: _____	Fuerza: _____	Frecuencia tomada: _____
Nombre del Medicamento: _____	Fuerza: _____	Frecuencia tomada: _____
Nombre del Medicamento: _____	Fuerza: _____	Frecuencia tomada: _____
Nombre del Medicamento: _____	Fuerza: _____	Frecuencia tomada: _____
Nombre del Medicamento: _____	Fuerza: _____	Frecuencia tomada: _____

Alergias a los medicamentos

Nombre del Medicamento: _____	Reacción que tuvo: _____	Nombre del Medicamento: _____	Reacción que tuvo: _____
Nombre del Medicamento: _____	Reacción que tuvo: _____		

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

ALL QUESTIONS CONTAINED IN THIS QUESTIONNAIRE ARE OPTIONAL AND WILL BE KEPT STRICTLY CONFIDENTIAL.

Ejercicio

Frecuencia:

- Sedentario (Sin ejercicio)
- Ejercicio suave (es decir, subir escaleras, caminar 3 cuadras, jugar al golf)
- Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, trabajo o recreación, menos de 4x / semana durante 30 min.)
- Ejercicio vigoroso regular (es decir, trabajo o recreación 4x / semana durante 30 minutos)

Dieta

¿Estás haciendo dieta?

- Sí
- No

Si es así, ¿está usted en un médico prescribir dieta médica?

- Sí
- No

de comidas que come en un día promedio?

Grado de ingesta de sal:

- Alto
- Medio
- Bajo

Grado de ingesta de grasa:

- Alto
- Medio
- Bajo

Cafeína:

- Ninguna
- Café
- Té
- Soda

Número de copas por día:

Alcohol

¿Bebes alcohol?

- Sí
- No

Si es así, ¿de qué tipo?

¿Cuántas bebidas por semana?

¿Te preocupa la cantidad que bebes?

- Sí
- No

¿Ha considerado detenerse?

- Sí
- No

¿Alguna vez ha experimentado apagones?

- Sí
- No

¿Es usted propenso a la "borrachera" que bebe?

- Sí
- No

¿Maneja usted después de beber?

- Sí
- No

Tabaco

Patient Smoking Status

Tipo:

- Cigarrillos
- Masticar
- Tubo
- Cigarro

Patient Smoking Frequency

Número de años o Año de renuncia:

Drogas

¿Usa actualmente drogas recreativas o de calle?

- Sí
- No

¿Alguna vez se ha dado drogas callejeras con una aguja?

- Sí
- No

Sexo

¿Eres sexualmente activa?

- Sí
- No

Si es así, ¿está intentando un embarazo?

- Sí
- No

Si no se trata de una lista de embarazo método anticonceptivo o de barrera utilizado:

¿Alguna molestia con las relaciones sexuales?

- Sí
- No

La enfermedad relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el SIDA, se ha convertido en un importante problema de salud pública. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el uso de drogas intravenosas y relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre el riesgo de esta enfermedad?

- Sí
- No

Seguridad Personal

¿Vives solo?

- Sí
- No

¿Tiene frecuentes caídas?

- Sí
- No

¿Tiene pérdida de visión o de audición?

- Sí
- No

¿Tiene una Directiva Anticipada y / o Testamento de Vida?

- Sí
- No

¿Desea información sobre la preparación de estos?

- Sí
- No

El abuso físico y / o mental también se han convertido en problemas de salud pública en este país. Esto a menudo toma la forma de comportamiento verbalmente amenazante o abuso físico o sexual. ¿Desea discutir este problema con su proveedor?

- Sí
- No

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

Padre:

Madre:

Hermano(s):

Hermana(s):

Niños - Niños:

Niños - Niñas:

Abuela (Materno):

Abuelo (Materno):

Abuela (Paternal):

Abuelo (Paternal):

SALUD MENTAL

¿El estrés es un problema importante para usted?

Sí No

¿Se siente deprimido?

Sí No

¿Te pánico cuando estresado?

Sí No

¿Tiene problemas con comer o con su apetito?

Sí No

¿Lloras con frecuencia?

Sí No

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

Sí No

¿Alguna vez pensaste seriamente en lastimarte?

Sí No

Tienes problemas durmiendo?

Sí No

¿Alguna vez has estado en un consejero?

Sí No

SOLO MUJERES

Edad al inicio de la menstruación:

Fecha de la última menstruación:

de días entre períodos (promedio):

Períodos fuertes, irregularidad, manchas, dolor o secreción?

Sí No

Número de embarazos:

Número de nacidos vivos:

¿Está usted embarazada o amamantando?

Sí No

¿Ha tenido una D & C, una histerectomía o una cesárea?

Sí No

¿Alguna infección del tracto urinario, vejiga o riñón en el último año?

Sí No

¿Hay sangre en la orina?

Sí No

¿Algún problema con el control de la micción?

Sí No

Cualquier sofocos o sudoración en la noche?

Sí No

¿Tiene tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad u otros síntomas en o alrededor de la época del período?

Sí No

¿Experimentó alguna sensibilidad reciente de los senos, bultos o secreción del pezón?

Sí No

¿Fecha del último examen pap y rectal?

SOLO HOMBRES

¿Suele levantarse para orinar durante la noche?

Sí No

Si sí, número de veces:

¿Siente dolor o ardor al orinar?

Sí No

¿Hay sangre en la orina?

Sí No

¿Siente una descarga ardiente del pene?

Sí No

¿Ha disminuido la fuerza de su micción?

Sí No

¿Ha tenido alguna infección de riñón, vejiga o próstata en los últimos 12 meses?

Sí No

¿Tiene algún problema para vaciar su vejiga por completo?

Sí No

¿Tiene alguna dificultad con la erección o la eyaculación?

Sí No

¿Algún dolor o hinchazón en los testículos?

Sí No

¿Fecha de la última próstata y examen rectal?

OTROS PROBLEMAS

Compruebe si tiene o ha tenido síntomas en las siguientes áreas en un grado significativo y explique brevemente.

- Piel
- Pecho / Corazón
- Cabeza / Cuello
- Espalda
- Orejas
- Intestinal
- Nariz
- Vejiga
- Garganta
- Intestino
- Livianos
- Circulación

Cambios recientes en:

- Peso
- Nivel de energía
- Capacidad para dormir

Otro dolor / malestar:

700 North Hiatus Rd Suite # 213
Pembroke Pines, FL 33026

222 S. Flamingo Rd.
Pembroke Pines, FL 33027

Directivas Anticipadas de Atención Médica

El Derecho del Paciente a Decidir

Todo adulto competente tiene derecho a tomar decisiones relativas a su propia salud, incluido el derecho a elegir o rechazar el tratamiento médico.

Cuando una persona llega a ser incapaz de tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se consideran incapacitados. Para asegurarse de que las decisiones de una persona incapacitada sobre el cuidado de la salud seguirán siendo respetadas, la legislatura de la Florida promulgó legislación relacionada con las directrices anticipadas de atención médica (Capítulo 765, Estatutos de la Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente a hacer una instrucción anticipada instruyendo a su médico para proporcionar, retener, o retirar los procedimientos de prolongación de la vida; Designar a otro individuo para tomar decisiones de tratamiento si la persona llega a ser incapaz de tomar sus propias decisiones; Y / o para indicar el deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte.

Por ley los hospitales, hogares de ancianos, agencias de salud en el hogar, hospicios y organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) están obligados a proporcionar a sus pacientes información escrita, como este folleto, referente a las directivas anticipadas de atención médica. Las reglas estatales que requieren esto incluyen 58A-2.0232, 59A-3.254, 59A- 4.106, 59A-8.0245 y 59A-12.013, Código Administrativo de la Florida.

Preguntas Sobre Directivas Anticipadas de Cuidado de la Salud

¿Qué es una directiva anticipada?

Es una declaración escrita o oral acerca de cómo desea tomar decisiones médicas si no puede hacerlas usted mismo y / o puede expresar su deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas hacen directivas anticipadas cuando se les diagnostica una enfermedad potencialmente mortal. Otros ponen sus deseos en la escritura mientras que son sanos, a menudo como parte de su planeamiento de estado.

Tres tipos de directivas anticipadas son:

- Un Testamento
- Una Designación de Sustituto de Atención Médica
- Una Donación Anatómica

Puede optar por completar uno, dos o los tres de estos formularios. Este folleto provee información para ayudarle a decidir qué mejor satisfacer sus necesidades.

¿Qué es un testamento?

Es una declaración escrita o oral del tipo de atención médica que desea o no desea si se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones. Se llama voluntad viva porque toma efecto mientras usted todavía está viviendo. Es posible que desee hablar con su proveedor de atención médica o con su abogado para asegurarse de haber completado el testamento vital de manera que sus deseos sean comprendidos.

¿Qué es una designación de sustituto de atención médica?

Es un documento que nombra a otra persona como su representante para tomar decisiones médicas para usted si usted no puede hacerlas usted mismo. Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que desee o no, similar a un testamento en vida. También puede designar un sustituto alterno.

¿Cuál es el mejor?

Dependiendo de sus necesidades individuales puede que desee completar cualquiera o una combinación de los tres tipos de directivas anticipadas.

¿Qué es una donación anatómica?

Es un documento que indica su deseo de donar, a la muerte, todo o parte de su cuerpo. Esto puede ser una donación de órganos y tejidos a personas necesitadas, o una donación de su cuerpo para la capacitación de trabajadores de la salud. Puede indicar su opción de ser un donante de órganos designándolo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado (en la oficina de la licencia de conducir más cercana), firmando un formulario de donante uniforme (visto en otra parte de este folleto) o expresando su deseo en una vida será.

¿Tengo que tener una directiva anticipada bajo la ley de la Florida?

No, no hay ningún requisito legal para completar una directiva anticipada. Sin embargo, si usted no ha hecho una directiva anticipada, las decisiones sobre su atención médica o una donación anatómica pueden ser hechas por usted por un tutor designado por el tribunal, su esposa o esposo, su hijo adulto, su padre, su hermano adulto, un adulto Pariente o un amigo cercano.

La persona que toma las decisiones por usted puede o no ser consciente de sus deseos. Cuando usted hace una directiva anticipada, y discutirlo con las personas importantes en su vida, será mejor asegurar que sus deseos se llevará a cabo de la manera que desee.

¿Debe un abogado preparar la directiva anticipada?

No, los procedimientos son simples y no requieren un abogado, aunque usted puede elegir consultar uno. Sin embargo, dos personas deben ser testigos de una directiva anticipada, ya sea un documento escrito o una declaración oral. Al menos uno de los testigos no puede ser cónyuge o pariente de sangre.

¿Dónde puedo encontrar formularios directivos anticipados?

La ley de la Florida provee una muestra de cada una de las siguientes formas: un testamento vital, un sustituto del cuidado de la salud y una donación anatómica. En otras partes de este folleto hemos incluido formularios de muestra, así como recursos en los que puede encontrar más información y otros tipos de formularios directivos anticipados.

¿Puedo cambiar de opinión después de escribir una directiva anticipada?

Sí, puede cambiar o cancelar una directiva anticipada en cualquier momento. Cualquier cambio debe ser escrito, firmado y fechado. Sin embargo, también puede cambiar una directiva anticipada mediante una declaración oral; Destrucción física de la directiva anticipada; O escribiendo una nueva directiva anticipada.

Si su licencia de conducir o su tarjeta de identificación del estado indica que usted es un donante de órganos, pero ya no desea esta designación, comuníquese con la oficina de la licencia de conducir más cercana para cancelar la designación del donante y se le otorgará una nueva licencia o

tarjeta.

¿Qué pasa si he completado una directiva anticipada en otro estado y necesito tratamiento en la Florida?

Una directiva anticipada completada en otro estado, según lo descrito en la ley de ese estado, puede ser honrada en la Florida.

¿Qué debo hacer con mi directiva anticipada si elijo tener una?

- Si usted designa a un sustituto de cuidado de la salud y un sustituto alternativo, asegúrese de preguntarles si están de acuerdo en asumir esta responsabilidad, discutir cómo le gustaría que se manejen los asuntos y darles una copia del documento.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica, abogado y las personas importantes en su vida saben que usted tiene una directiva anticipada y dónde se encuentra. También puede darles una copia.
- Prepare un archivo donde pueda guardar una copia de su directiva anticipada (y otros documentos importantes). Algunas personas guardan documentos originales en una caja de seguridad del banco. Si lo hace, es posible que desee guardar copias en su casa o información sobre la ubicación de su caja de seguridad.
- Mantenga una tarjeta o nota en su cartera o monedero que indique que tiene una directiva anticipada y dónde se encuentra.
- Si cambia su directiva anticipada, asegúrese de que su proveedor de atención médica, abogado y las personas importantes en su vida tengan la última copia.

Si tiene preguntas sobre su directiva anticipada, puede discutir las con su proveedor de atención médica, abogado o las personas importantes en su vida.

Más Información Sobre Directivas Anticipadas de Atención Médica

Antes de tomar una decisión sobre directivas anticipadas, es posible que desee considerar opciones adicionales y otras fuentes de información, incluyendo las siguientes:

- Como una alternativa a un sustituto del cuidado de la salud, o además de, es posible que desee designar un poder duradero de abogado. A través de un documento escrito puede nombrar a otra persona para actuar en su nombre. Es similar a un sustituto del cuidado de la salud, pero la persona puede ser designada para realizar una variedad de actividades (financiera, legal, médica, etc.). Puede consultar a un abogado para obtener más información o leer el Capítulo 709, Estatutos de la Florida.

Si usted elige a alguien como su poder duradero, asegúrese de preguntarle a la persona si él o ella aceptará asumir esta responsabilidad, discutir cómo le gustaría que las cosas se manejen y darle a la persona una copia del documento.

- Si usted está enfermo terminal (o si tiene un ser querido que está en un estado vegetativo persistente) es posible que desee considerar tener un orden no resucitar (DNRO) prehospitalaria. Una DNRO identifica personas que no desean ser resucitadas por un paro respiratorio o cardíaco. La DNRO pre-hospitalaria es un formulario amarillo específico disponible en el Departamento de Salud de la Florida (DOH). Su abogado, proveedor de atención médica o un servicio de ambulancia también puede tener copias disponibles para su uso. Usted, su representante legal y su médico firman el formulario DNRO. Más información está disponible en el sitio web de DOH, www.doh.state.fl.us o www.MyFlorida.com (escriba DNRO en estos motores de búsqueda del sitio web) o llame al (850) 245-4440.

Cuando se ingresa en un hospital, se puede usar la DNRO prehospitalaria durante su estadía en el hospital o el hospital puede tener su propia forma y procedimiento para documentar una Orden de No Resucitar.

- Si una persona decide donar, después de la muerte, su cuerpo para el entrenamiento médico y la investigación la donación será coordinada por la Junta Anatómica del Estado de la Florida. Usted o sus sobrevivientes deben arreglar con una funeraria local y pagar por un embalsamamiento preliminar y transporte del cuerpo a la Junta Anatómica ubicada en Gainesville, Florida. Después de ser utilizado para la educación médica o la investigación, el cuerpo ordinariamente será cremado. Los cremains se devolverán a los seres queridos, si se solicita en el momento de la donación, o la Junta Anatómica se extenderá el cremains sobre el Golfo de México. Para más información, comuníquese con la Junta Anatómica del Estado de la Florida al (800) 628-2594 o www.med.ufl.edu/anatbd.

- Si desea obtener más información sobre la donación de órganos y tejidos, visite el Registro de Donantes de Órganos y Tejidos de Joshua Abbott en www.DonateLifeFlorida.org donde puede convertirse en donantes de órganos, tejidos y ojos en línea. Si tiene más preguntas sobre la donación de órganos y tejidos, puede hablar con su proveedor de atención médica.

- Varias organizaciones también hacen disponibles formularios de directrices anticipadas. Uno de esos documentos es "Cinco deseos" que incluye un testamento en vida y una designación de sustituto de atención médica. "Cinco deseos" le da la oportunidad de especificar si desea alimentación por sonda, ayuda con la respiración, medicamentos para el dolor y otros detalles que podrían brindarle mayor comodidad, como qué tipo de música le gustaría escuchar, entre otras cosas. Puede obtener más información en:

Aging with Dignity
www.AgingWithDignity.org
(888) 594-7437

Otros recursos incluyen:

Asociación Americana de Jubilados (AARP)
www.aarp.org (Escriba "directivas anticipadas" en el motor de búsqueda del sitio web)

Su hospital local, asilo de ancianos, hospicio, agencia de salud en el hogar y su abogado o proveedor de atención médica pueden ayudarle con formas o información adicional.

Folleto: Cuestiones de fin de vida
www.FloridaHealthFinder.gov
(888) 419-3456

CLEOPATRA GORDON-PUSEY, M.D.

700 North Hiatus Rd Suite # 213
Pembroke Pines, FL 33026
222 S. Flamingo Rd.
Pembroke Pines, FL 33027
Phone: (954)-392-9026 Fax: (954)-357-2353
E-mail: lifeisbeautifulmd@gmail.com

Formulario de Medicación

First Name	Middle Name / MI	Last Name	
_____	_____	_____	
Date of Birth	Diagnóstico:	Algeria:	
_____	_____	_____	
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FRECUENCIA	RACIONAL	NUEVO o RENOVACIÓN o CAMBIOS
_____	_____	_____	_____
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FRECUENCIA	RACIONAL	NUEVO o RENOVACIÓN o CAMBIOS
_____	_____	_____	_____
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FRECUENCIA	RACIONAL	NUEVO o RENOVACIÓN o CAMBIOS
_____	_____	_____	_____
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FRECUENCIA	RACIONAL	NUEVO o RENOVACIÓN o CAMBIOS
_____	_____	_____	_____
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FRECUENCIA	RACIONAL	NUEVO o RENOVACIÓN o CAMBIOS
_____	_____	_____	_____
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FRECUENCIA	RACIONAL	NUEVO o RENOVACIÓN o CAMBIOS
_____	_____	_____	_____
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FRECUENCIA	RACIONAL	NUEVO o RENOVACIÓN o CAMBIOS
_____	_____	_____	_____

Fecha

Dr. Cleopatra Gordon-Pusey

(954) 392 9026

700 North Hiatus Rd Suite # 213

Pembroke Pines, FL 33026

222 S. Flamingo Rd.

Pembroke Pines, FL 33027

LA ATENCION!

Aviso: un costo de \$25.00 por perdida de cita

A NUESTROS PACIENTES:

**FAVOR NOTA QUE CO-PAGOS Y
PLAN DEDUCIBLE SON DEBIDOS EN EL TIEMPO
LOS SERVICIOS SON RENDIDOS.**

GRACIAS.

FECHA

FIRMA

700 North Hiatus Rd Suite # 213
Pembroke Pines, FL 33026

222 S. Flamingo Rd.
Pembroke Pines, FL 33027

Notificación de Prácticas de Privacidad

Este Aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

Nos preocupamos por la privacidad de nuestros pacientes y nos esforzamos por proteger la confidencialidad de su información médica en esta práctica. La nueva legislación federal requiere que emitamos este aviso oficial de nuestras prácticas de privacidad. Usted tiene derecho a la confidencialidad de su información médica. Y esta práctica es requerida por law para mantener la privacidad de esa información de salud protegida. Esta práctica está obligada a cumplir con los términos de la Notificación de Prácticas de Privacidad actualmente vigentes, ya notificar sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad en esta práctica.

**Oficial de Privacidad: Dr.
Gordon-Pusey**

**Fecha de Vigencia: Marzo de
2012**

Quién Seguirá Este Aviso

Cualquier profesional de la salud autorizado a ingresar información en su expediente médico, todos los empleados, personal y otro personal de esta práctica que puedan necesitar acceso a su información deben cumplir con este Aviso. Todas las subsidiarias, socios comerciales, sitios y ubicaciones de esta práctica pueden compartir información médica entre sí para tratamiento, propósitos de pago o operaciones de atención médica descritas en este Aviso. Excepto cuando el tratamiento esté involucrado, solo se compartirá la información mínima necesaria para realizar la tarea.

Cómo Podemos Usar y Revelar Información Médica Sobre Usted

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información médica sin su consentimiento o autorización específica. Se proporcionan ejemplos para cada categoría de usos o divulgaciones. No se enumeran todos los usos o divulgaciones posibles de una categoría.

Para Tratamiento. Podemos usar información médica acerca de usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Ejemplo: Al tratarle por una condición específica, es posible que necesite saber si usted tiene alergias que podrían influir en los medicamentos que prescribimos para el proceso de tratamiento.

Para Pago. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba de nosotros puedan ser facturados y el pago puede ser cobrado de usted, una compañía de seguros o un tercero. Ejemplo: Es posible que tengamos que enviar su información de salud protegida, como su nombre, dirección, fecha de visita a la oficina y códigos que identifican su diagnóstico y tratamiento a su compañía de seguros para el pago.

Para Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para las operaciones de atención médica para asegurar que reciba atención de calidad. Ejemplo: Podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted.

Otros Usos o Revelaciones Que Se Pueden Hacer Sin Su Consentimiento o Autorización

- Según lo requerido durante una investigación por las agencias de aplicación de la ley
- Para evitar una amenaza grave para la salud pública o la seguridad
- Según lo requerido por las autoridades del mando militar para sus registros médicos
- Compensación al trabajador o Programas similares de tramitación de reclamos
- En respuesta a un procedimiento legal
- A un forense o examinador médico para la identificación de un cuerpo
- Si un preso, a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Según lo requerido por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA)

Podemos comunicarnos con usted para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

Usos y Divulgaciones de la Información de Salud Protegida Requerir Su Autorización Por Escrito

Otros usos y divulgaciones de Información médica no cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solamente con su autorización por escrito. Si usted nos da permiso para usar o revelar información médica acerca de usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, después de eso, dejaremos de usar o revelar información médica acerca de usted por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos retirar las revelaciones que ya hemos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.

Sus Derechos Individuales Con Respecto a Su Información Médica

Quejas. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad en esta práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado o discriminado por presentar una queja.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o operaciones de atención médica o para alguien que está involucrado en su cuidado o el pago por su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. En su solicitud, usted debe decirnos qué información usted quiere limitar y donde en sus registros esta información está contenida.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar cómo debemos enviarle comunicaciones sobre asuntos médicos y dónde desea que se envíen esas comunicaciones. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. No le pediremos la razón de su solicitud. Acomodaremos todas las peticiones razonables, pero reservamos el derecho de cobrarle una tarifa basada en el costo por cualquier gasto no habitual. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre su cuidado. Generalmente esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia, información recopilada para su uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida a la cual el acceso está prohibido por la ley. Para inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. Si solicita una copia de la información, nos reservamos el derecho de cambiar una tarifa por los costos de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que la negación sea revisada. Otro profesional de la salud con licencia elegido por esta práctica revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Cambios a Este Aviso: Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la notificación revisada o modificada para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso actual, con la fecha efectiva en la esquina superior derecha.

Derecho de Modificación. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifique la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras mantenga la información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad en esta práctica. Además, debe proporcionar una razón que apoye su solicitud. Podrá negar su solicitud para que una modificación no sea por escrito o no incluya una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si la información no fue creada por nosotros, no es parte de la información médica que se mantiene en esta práctica. No forma parte de la Información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o que consideremos que sea exacta y completa. Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros. Podemos preparar una refutación a su declaración y le proveeremos una copia de tal refutación. Las declaraciones de desacuerdo y las refutaciones correspondientes se mantendrán en el archivo y se enviarán con cualquier futura solicitud de información relacionada con la parte apropiada de su registro.

Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones No Estándar. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de las revelaciones que hicimos de su información médica. Para solicitar esta lista, usted debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. Su solicitud debe indicar el período de tiempo que desea recibir una lista de revelaciones que no exceda de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (ejemplo: en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, nos reservamos el derecho de cobrarle por el costo de proporcionar la lista.

Derecho a Una copia en Papel de Este Aviso. Usted tiene derecho a una copia en papel de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad actual en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel. Para obtener una copia impresa de la Notificación actual, solicítela por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica

700 North Hiatus Rd Suite # 213
Pembroke Pines, FL 33026

Phone: (954) 392-9026, Fax: (954) 357-2353

222 S. Flamingo Rd.
Pembroke Pines, FL 33027

Datos Demográficos del Paciente

Fecha:

First Name

Middle Name / MI

Last Name

Name Suffix

Date of Birth

Social Security Number

Professional Title

Alergias:

Home Phone

Cell Phone

Work Phone

Patient Fax

Email

Patient Address Line 1

Patient Address Line 2

City

State

Zip

Referido por:

Race

Ethnicity

Religión:

Marital Status

Educación:

Language

CONTACTO DE EMERGENCIA / PRÓXIMO DE KIN:

Emergency Contact Name

Emergency Contact Address
Line 1

Emergency Contact Address
Line 2

Emergency Contact City

Emergency Contact State

Emergency Contact Zip

Emergency Contact Home
Phone

Emergency Contact Cell
Phone

700 North Hiatus Rd Suite # 213
Pembroke Pines, FL 33026

222 S. Flamingo Rd.
Pembroke Pines, FL 33027

Cleopatra Gordon-Pusey, M.D., P.A.

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Hoy:

PCP:

Información del Paciente

First Name

Middle Name / MI

Last Name

Name Suffix

Marital Status

¿Es este su nombre legal?

- Sí
- No

Si no, ¿cuál es su nombre legal?

(Nombre anterior)

Date of Birth

Edad:

Sex

Patient Address Line 1

Patient Address Line 2

City

State

Zip

Casilla Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Social Security Number

Home Phone

Professional Title

Employer Name

Employer Phone

Elegir la clínica porque se refiere a la clínica por (marque una casilla):

- Dr.
- Plan de seguro
- Hospital
- Familia
- Amigo
- Cerca de casa / trabajo
- Páginas Amarillas
- Otro

Otro:

Otros miembros de la familia vistos aquí:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.)

Persona responsable de la factura:

Fecha de Nacimiento:

Teléfono de Casa:

¿Esta persona es una paciente aquí?

- Sí
- No

Dirección Línea 1:

Dirección Línea 2:

Ocupación:

Empleador:

Dirección del Empleado:

Teléfono de Empleador:

¿Este paciente está cubierto por un seguro?

Sí

No

Primary Insurance Name

Nombre del Suscriptor:

Número de SSN del
suscriptor:

Fecha de Nacimiento:

Primary Group No.

Primary Subscriber ID

Co-pago:

Primary Relationship to
Insured

EN CASO DE EMERGENCIA

Emergency Contact Name

Emergency Contact
Relationship to Patient

Emergency Contact Home
Phone

Emergency Contact Work
Phone

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. Yo también autorizo a esta práctica o compañía de seguros a revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones.

Firma:

Fecha:
