Efrain Garcia MD Angela M. Giron MD Yusvell Mori-Gonzalez ARNP

Bienvenido...

Bienvenido a la oficina del Dr. Efraín García y la Dra. Angela Giron... Valoramos su confianza en nuestra capacidad para hacer frente a sus necesidades de salud. Nuestra práctica ofrece la atención médica de alta calidad y estándares profesionales que se ofrecen en un ambiente cálido y personal.

El personal de García y Girón MD PA está dedicado a proveerle a usted una atención compasiva.

En este paquete esta la información que necesita para crear la asociación necesaria entre nosotros. Este paquete está diseñado para ayudar a maximizar los beneficios de los servicios que recibe de nosotros.

Cuando venga a su visita inicial, por favor asegúrese de traer lo siguiente con usted:

- 1. El Formulario De Registro Del Paciente completados (adjunto)
- 2. Los formularios de Cuestionario de Salud del Paciente completados (adjunto)
- 3. Tarjeta de seguro médico y de su identificación con foto
- 4. Información de contacto de su médico de cabecera o médico previo (ver Autorización Para La Divulgación De Información Confidencial)
- 5. Lista de Medicamentos (incluya recetadas, vitaminas y suplementos)
- 6. Referido y/o una orden del médico que indique la razón por qué ha sido referido a un especialista en Enfermedades Infecciosas (si es requerido por su seguro)
- 7. Las copias de los registros médicos pertinentes, entre ellos: los resultados recientes de laboratorio, pruebas de diagnóstico y notas de consulta

Esperamos estar al servicio de usted.

Gracias por elegir a García y Girón MD PA.

Atentamente,

Susie Pontes-Jones

Susie Pontes-Jones Gerente de Oficina

3661 S. Miami Ave Suite #702 Miami, FL 33133

305.857.3330 305.857.3338 info@iddocsmiami.com www.iddocsmiami.com

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Información del paciente Nombre del paciente:		Anodo (si tienes):	
Fecha de nacimiento:			
Número de seguro social del paciente			
Dirrecion			
Ciudad/Estado/Área postal:			
Teléf. de casa#	Celular #	Trabajo #	
Estado/Numero de licencia de conduc	ir:		
Correo electrónico:			
Situación laboral			
☐ Empleado: Nombre del empleador: ☐ Retirado ☐ Desempleado	Estudiante	Profesión:	
Estado civil			
□Soltero □Casado □Divorciado	□Viudo		
Contacto de Emergencia			
Nombre:	1	Relación:	
Dirección:	Т	eléf.:	_
¿A quién podemos agradecer por dec	irle acerca de nuestro consi	ıltorio?	
☐ Medico ☐ Pariente ☐ Ar	mistad □Seguro	□Sitio Web	
ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILII DIRECCIÓN, NÚMERO TELEFÓNICO Y		NA CUALQUIER CAMBIO EN MI	

GARCIA & GIRON MD PA

Fecha

Firma del paciente, asegurado o beneficiario

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguro:		Taláf ·
		Teléf.:
# De grupo:	# de Póliza:	
Nombre del asegurado:		Relación:
Seguro secundario:		
# De Póliza:		# de grupo:
POR FAVOR PRESENTAR SU TARJE	ETA DE SEGURO Y IDENTI	FICATION CON FOTO
directamente a García y Gilos servicios prestados. En cargos sean o no cubiertos en pagar todos los costos e Por la presente autorizo a cualquier información relamí y / o dependientes. Yo Girón MD PA a presentar reservicios a ser prestados si presentará para mí y / o de el firmante firmó personal deuda a mí si es menos de	irón MD PA y cualque tiendo que soy finales por mi seguro. En de las colecciones, y este proveedor de ativa a todo reclamo además expresame reclamaciones de bein obtener mi firma ependientes y que y mente el reclamo per \$ 50.00 serán acres	cier proveedor de la asistencia médica por ncieramente responsable de todos los caso de incumplimiento estoy de acuerdo y los honorarios razonables de abogados. atención médica la divulgación de os de beneficios presentadas en nombre de nte estoy de acuerdo y autorizo a García y eneficios por los servicios prestados o en cada una de las reclamaciones que se voy a estar obligado por esta firma como si particular. Entiendo, además, que cualquier ditados a mi cuenta médica.
Firma Autorizada		Fecha

DIRECTIVAS DE CUENTA Y FACTURACIÓN DE PACIENTE

- 1. La programación de una cita constituye un acuerdo para pagar por tiempo profesional reservado exclusivamente para usted. Usted es responsable de actualizar su dirección, número de teléfono y seguro en cada visita.
- 2. Nosotros mandamos la factura a su compañía de seguros por los servicios prestados. En algunos casos podemos considerarlo necesario recopilar de usted el pago por nuestros servicios que fueron prestados a usted incluso si tienes seguro. Por ejemplo, no hemos podido verificar que tienes seguro activo o no se pueden comprobar los beneficios disponibles para usted bajo su póliza de seguro o no están claras. La cantidad cobrada se mantendrá percibida en cuenta y si su compañía de seguros paga por los servicios, su pago será reembolsado.
- 3. Su compañía de seguros determina qué servicios serán pagados por conforme a las disposiciones de la Directiva. No tenemos una garantía de pago ni ningún control sobre la decisión de su compañía de seguros para pagar o negar una reclamación. Usted es responsable de cualquier servicio que no es pagado por su compañía de seguros. Puesto que no tenemos conocimiento de los detalles de cada plan de seguro disponible, debemos confiar en usted para determinar si somos proveedores participantes con su seguro. Cada plan es diferente, por favor asegúrese de revisar su cobertura si usted tiene preguntas en cuanto a lo que su seguro cubre o paga.
- 4. Por favor, verificar y garantizar que participamos con su plan de seguro ya que la participación puede haber cambiado. Si usted es visto y nuestro proveedor no está en la red con su plan actual o se le requirió para proporcionar una referencia y no lo hizo, usted será responsable del pago por los servicios prestados. Usted es el responsable último de sus beneficios de seguro, así como el costo de su atención médica.
- 5. Nos complace compartir con ustedes la información que hemos recibido en relación de los beneficios de su plan. No garantizamos la cobertura de su compañía de seguros y debe comunicarse con su compañía de seguros con respecto a los beneficios cubiertos si no está seguro acerca de lo que cubre su plan. Si usted tiene preguntas con respecto a nuestra declaración de facturación, póngase en contacto con nuestra oficina de facturación al (305) 629-2669.
- 6. Todas las visitas en consultorio con copagos y co-seguro se recopilan en conformidad con los términos de su compañía de seguros. No podemos renunciar a co-pagos, deducibles, co-seguro o servicio no cubierto por los términos de nuestro contrato con los varios planes de seguro médico. Pago de co-pago y co-seguro se debe en el momento de la visita al consultorio.
- 7. Cualquier cantidad que su compañía de seguros identifica como "responsabilidad del paciente" que no se aplica en el momento de su visita se facturan a usted en un estado de cuenta mensual. Las declaraciones se envían mensualmente y saldos deben ser pagados al final de cada mes. Es su responsabilidad de enviar el monto adeudado dentro de los 45 días de su estado de cuenta para evitar ser enviados a las colecciones y tener su cuenta cerrada con nuestra práctica.
- 8. Las citas deben ser canceladas por **adelantado**. Nuestra oficina ofrece una llamada de recordatorio 48 horas de anticipación a las citas programadas. Si necesita cancelar o reprogramar por favor darnos al menos 24 horas de aviso. Si no recibimos aviso previo de que usted no va a atender a su cita programada, entonces no podemos ofrecer una cita a otra persona que lo necesite. Además, no se dará medicamentos para las citas de cancelación/no-show. Hay un cargo de \$50 si usted no asiste a una cita con el médico y \$35 si usted no asiste a una cita de laboratorio. Esto no está cubierto por Medicare o por compañías de seguros y será su responsabilidad pagar antes de su próxima visita.
- 9. Servicios rutinarios y preventivos causan confusión para muchos pacientes. No es infrecuente que los pacientes en el transcurso de una visita recibir ambos tratamiento por un problema y servicio preventivo. Si hablas de síntomas de enfermedades agudas o crónicas en la visita de cuidado preventivo (físico) se considera "diagnóstico" y más probable es que será obligado a pagar un copago.
- 10. Usted puede recibir una cuenta de proveedores externos para servicios ordenados por nuestros proveedores como laboratorios, rayos x, etc., incluso cuando hemos recogido las muestras en nuestra oficina. Si tienes preguntas sobre estas facturas, por favor contáctelo directamente. Usted siempre debe investigar sobre su obligación financiera con su compañía de seguros por los servicios prestados a usted antes de que se lleven a cabo. Usted es responsable de saber sus beneficios de seguro, así como el costo de su atención médica.
- 11. Cobramos \$35 por cheques devueltos, más un cargo adicional de \$12.00 cada vez que un cheque es devuelto sin pagar por su banco. Podemos a nuestra discreción, requerir que todos los pagos futuros hacerse en forma de efectivo, cheque o giro postal.
- 12. Por favor tenga en cuenta que si su saldo sigue pendiente sin un intento de pagar la deuda, puede ser dado de alta de la práctica. Una vez que su cuenta alcanza más de 90 días sin pagar la cuenta puede ser referida a una agencia de colección exterior para el pago. Es la política de la oficina que cuando su cuenta se coloca en colecciones que ya no se verá como paciente y usted será requerido transferir su cuidado a otro médico. Las tarifas de recolección será tu responsabilidad.

ivii jirma abajo inaica mi comprension piena y ei consentimiento y la compr	ension de las políticas descritas anteriormente.
Firma del Paciente	Fecha

PÓLIZAS DE LA OFICINA

CORREO ELECTRÓNICO: Nunca revelaremos su dirección de correo electrónico a terceras personas. Al proporcionarnos tu dirección de correo electrónico está autorizando expresamente que nos comuniquemos con usted por correo electrónico. Animamos a nuestros pacientes a usar el sistema HealthTracker. FORMULARIOS MÉDICOS: Cobramos una tarifa administrativa para realizar planillas para el trabajo o los seguros presentados por los pacientes que no estén directamente relacionados con el reembolso del seguro médico por los gastos incurridos en nuestra oficina. Cobramos \$25 por cada formulario que será debido antes de que le dé la forma. Por favor permita 7 días hábiles para completar el formulario. Usted es responsable de completar su parte de la forma y el retorno a la institución apropiada.

MENSAJES: Toda solicitud de una llamada de retorno de los médicos/proveedores tienen que explicarse al personal de la oficina antes de recibir una llamada de vuelta. Muchas veces, el personal de la oficina puede resolver el problema o responder a su pregunta o usted puede hablar con la Gerente de la Oficina. Cualquier "asunto médico privado" que no quieras hablar con nuestro personal, requerirá una cita programada.

REFERIDOS: Si su compañía de seguros nos requiere a emitir un referido/autorización previa a otro especialista médico o cualquier otro centro médico, por favor revise sus beneficios médicos directamente con ese especialista o centro médico. Hacemos un esfuerzo razonable para referirlos a especialistas/centros que participen con su compañía de seguros, pero no podemos garantizar su participación en el momento de su visita. Usted siempre debe preguntar acerca de su obligación financiera por servicios médicos que se le da antes de que se realicen. Tenga en cuenta que al igual es su responsabilidad de proveernos con un referido medico si su seguro requiere antes de su visita a nuestra oficina.

PEDIDOS DE LABORATORIO: Conforme a su petición podemos darle una requisición de laboratorio para hacer sus análisis en Labcorp o Quest. Favor de llamar con 2 días de antelación para que podamos procesar su solicitud de laboratorio. Los pedidos de laboratorio, una vez impreso, son buenos por cinco días (incluidos los fines de semana). El paciente es responsable de recoger la copia de solicitud no lo mandamos por fax o email.

RESULTADOS DE LABORATORIO: Es importante para nosotros que usted comprenda plenamente los resultados de las pruebas y de las recomendaciones y planes de tratamiento que puedan ser necesarias. No damos resultados por teléfono, correo o correo electrónico. Requerimos que los pacientes programen una cita para explicar los resultados en persona con un proveedor de atención médica. Una vez que los resultados se han discutido con el proveedor, se le dará una copia de sus resultados. Por favor guarde esta copia para dar a su trabajador social, otros médicos, etc. ya que no enviamos resultados por fax. Puede acceder a los resultados de laboratorio usando nuestro portal de paciente HealthTracker tras ser visto. RECETAS: Es la responsabilidad del paciente de asegurar que no se le acabe el medicamento. Rellenar su receta se realizará en el momento de su visita. Si necesita rellenar su receta, antes de su cita programada y se ha visto dentro de 3 meses, la prescripción se puede rellenar a la discreción del médico. Muchos medicamentos requieren una supervisión de los laboratorios; por lo tanto, usted puede necesitar una cita para poder rellenar su receta. Cuando necesite rellenar un medicamento que ha sido previamente fijado por nosotros para usted, por favor, llame a su farmacia para que nos mande una solicitud por fax a nuestra oficina al (305) 857-3338. Si usted está planeando viajar, asegúrese que tenga suficiente medicamento para su viaje antes de viajar. Todas las recetados se realizara recargas de Lunes a Viernes entre 9 a.m. y 5 p.m. las solicitudes recibidas después de las 2 p.m. se realizará el próximo día hábil. Nuevas recetas/antibióticos requieren una cita.

RECETAS CONTROLADAS DE NARCÓTICOS: Debido a las regulaciones de la DEA, las prescripciones para medicamentos controlados de narcóticos se atenderán en el momento de su visita al consultorio. Si usted necesita surtir su medicamento antes de una cita programada, y se ha visto dentro de 3 meses, a la discreción del médico se pueda aprobar. Tendrá que ser recogido personalmente en nuestra oficina o se puede enviar a la dirección archivada, a la discreción del médico. Prescripciones de control de narcóticos no serán llamadas a la farmacia o por fax, ni pueden cambiarse las dosis por teléfono. Esté preparado para mostrar su identificación con foto al recoger estas recetas. Se cobra una carga de franqueo y manejo antes de enviar por correo las recetas. Esta oficina no sustituye medicamentos o prescripciones perdidos o robados. Usted acepta que recibió una copia y ha tenido la oportunidad de leer nuestro Acurdo Sobre Las Sustancia Controlada (Narcóticos) y está de acuerdo a los términos establecidos. Usted indica que usted entiende cualquier discusión sobre el uso de medicamentos narcóticos, incluyendo efectos secundarios y acordaron comenzar su tratamiento (si corresponde) bajo los términos establecidos por Garcia & Giron MD PA.

AUTORIZACIONES PREVIAS: Su seguro puede requerir una autorización previa (PA) en un medicamento recetado. Sus opciones son pagar el medicamento de su bolsillo, hacernos elegir otro medicamento, o pedir una autorización (PA) a su seguro. Como cortesía, presentamos papeles PA (a petición) de forma gratuita una vez por medicamento. Solicitudes recibidas después de que las 2:00pm se atenderán al día siguiente hábil. Si su seguro lo niega, y solicitas que apelamos la decisión de su seguro; habrá una cuota de \$25. Pedir una autorización (PA) no garantiza la aprobación, la decisión es en última instancia hecha por su compañía de seguros. El proceso puede tomar hasta 30 días.

ACCESO A LOS REGISTROS MÉDICOS: Los registros médicos son documentos confidenciales y se dará a conocer sólo cuando lo permita la ley o con la debida autorización por escrito del paciente. Los médicos tienen la responsabilidad de proteger los registros médicos y de proporcionar medidas de seguridad adecuadas. Los pacientes pueden acceder a sus registros a través de nuestro Portal del Paciente, visite nuestro sitio web para el enlace o http://iddocsmiami.com/healthtracker_portal también proporcionamos a los pacientes una copia de los resultados de la consulta/laboratorios al final de cada visita. La primera vez que se solicitan se copiará registros médicos para la transferencia a otro médico sin costo alguno para el paciente. Para cualquier solicitud adicional, habrá una cuota razonable por la preparación o fotocopias de los registros médicos. Nota, proveedor tiene hasta 30 días para presentar los registros médicos completos.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA: Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida sobre usted. También proporciona información sobre sus derechos como paciente de nuestra práctica y con quien ponerse en contacto en nuestra práctica para hacer preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad.

				descritas anteriormente.

Firma del Paciente	Fecha	
		Revisada 01/01/2014

Nombre:				Fecha de Nacim	iento:
Firma:				Fech	a:
Razon por su v	isita hoy:				
HISTORIA	SOCIAL				
Estado Civil					
Casado	Soltero	Viuda	Divorciado	Comprometido	Pareja
<u>Hijos</u>					
Ninguno	Hijo(s)	Hija(s)			
<u>Vive con</u>					
Solo	Pareja	Padre Tio	Madre Tia	Padres Primos	Compañero de cuarto
Hermana(s)	Abuelo Hermano(s)	Hijos	Hijo	Hija	Tutor legal Otro
Raza		Idioma Primario	—		
Asiático	Afro Americano	Caucásico	Isla Pacifica	Indio Nativo Americano	Otro
Origen etnico:	Hispano	No hispano	ioia i aoiiioa	made results	
<u>Mascotas</u>					
Ninguno	Perro(s)	Gato(s)	Ave(s)	Reptil(s)	Caballo(s)
Roedor(es)	Other(s)				
<u>Ocupacion</u>]		
Ama de casa		Estudiante	Empleado tiemp	o completo	Desempleado
Jubilado		Empleado tiempo	parcial		
Titulo			Actividad Secundar	ia	
Nutricion Vegetariana	Mal alimentacio	n Promedio	Buena dieta	Dieta excelente	
<u>Ejercicio</u>					
Ninguna	Sedentario	De vez en cuando	camina	Camina regularn	nente
De vez encuando	corre	Regularmenete co		De vez en cuand	o actividad aerobica
Regularmente ad		De vez en cuando	•		
De vez encuando		Regularmenete le			Voca
Regularmenete		Estilo de vida acti	VO		Yoga
Actividad Sexu	<u> </u>				
Ninguno Disfunción eréct	Monógamo	Heterosexual	Homosexual	Bisexual Funcion sexual s	Anorgasmia
		Eyaculación preco on de pareja y el uso de		Funcion sexual s	atisiactoria
	oractica del sexo segui		Asesoramiento	sexual	Disfuncion sexual
Anticonceptive	•				
Ninguno	Diafragmia	Vasectomia	Condones	Espermicida	Histerectomia
Menopausa	Retirada	Anticonceptivos o	orales	Ligadura de tron	npas
Dispositivo intra		Administración de			Depo-Provera
Nuvaring	Abstinencia	Consejeria sobre	anticonceptivos		Plan natural
<u>Fumar</u>					
No	Fumador actual		Fumador anterio		Nunca ha fumado
Secundaria Expo	sición de fumadores		No Exposición se	ecundaria de fumador	es

HISTORIA SOCIAL (continuación)					
Detalles de Fumar *PPD=paquetes p 1/4 PPD 1/3 PPD 1.5 PPD 2 PPD Edad de inicio de fumar:	oor día 1/2 PPD 3 PPD	3/4 PPD [Cigarrillo ocasional Dejo de fumar a la edad		1.25 PPD menos de 1/4 PPD	
Exposición al Tabaco No Fumador(es) en el hogar Fumador(es) en el hogar	Fumador en el in	terior [Fumador en el ex	cterior	
El Consumo de Alcohol Ninguno Raras Alcohólico en Recuperación	Ocasional Bebedor actual	Social	Dependiente	Ex bebedor	
Detalles Sobre el Consumo de Alcol 1 bebida/semana 2 bebida/semana 7-10 bebida/semana 2-3 bebida al dia De vez en cuando beber en exceso Inicio de consumo de alcohol:	 _	<u> </u>	5 bebida/semana 14-20 bebida/ser 5 o mas bebidas ecuentes	mana	
Las Drogas Ilicitas Ninguno Cocaina Marihuana Crystal/Metanfet Setas Psicocybin	Crack amina Poppers	Ecstasy [Opium Otra(s)	Heroina PCP-Fenciclidina	LSD (Acido) (Angel Dust)	
Uso de Las Drogas Ilicitas Nunca Raras Dependencia a las drogas Inicio de uso de droga(s):	Ocasional	Social [Recuperación de D] Fecha de abandono de drogo		Ex adicto	
Usas cinturon de seguridad Si No	Ocasional				

Nombre:				Fecha de nacimiento	
Firma:				Fecha	
HISTORIA	FAMILIAR				
Madre					
Vivo y bien	Vivo	Alzheimer	Artritis	Asma	Enfermedad renal
Enfermedad de la	s Arterias Coronarias	Migrañas	Obesidad	Hipotiroidismo	Colesterol alto
Diabetes I	Diabetes II	Hipertensión	Alcoholismo	Infarto agudo del mi	ocardio a la edad ()
Accidente Cerebro	vascular	Hipertiroidismo	_	Depresión	Trastorno de la tiroides
Cancer	Tipo de Cancer				
No Cancer	No Diabetes	No Enfermedad de I	as Arterias Coronarias	No Asma	No Hipertensión
Desconocido		Difunto	Edad que fallecio):	
<u>Padre</u>					
Vivo y bien	Vivo	Alzheimer	Artritis	Asma	Enfermedad renal
<u></u>	s Arterias Coronarias	Migrañas	Obesidad	Hipotiroidismo	Colesterol alto
Diabetes I	Diabetes II	Hipertensión	Alcoholismo	Infarto agudo del mi	
Accidente Cerebro		Hipertiroidismo		Depresión	Trastorno de la tiroides
Cancer	Tipo de Cancer				
No Cancer	No Diabetes	<u></u>	as Arterias Coronarias	No Asma	No Hipertensión
Desconocido					
		Difunto	Edad que fallecio):	
	[#	Hermana(s)	#	Hermano(s)	
Vivo y bien	# Vivo				Enfermedad renal
Vivo y bien		Hermana(s)	# Artritis Obesidad	Hermano(s)	Enfermedad renal Colesterol alto
Vivo y bien	Vivo	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión	# Artritis	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi	Colesterol alto
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebro	Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II vascular	Hermana(s) Alzheimer Migrañas	# Artritis Obesidad	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo	Colesterol alto
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebro	Vivo as Arterias Coronarias Diabetes II vascular Tipo de Cancer	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo	# Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer	Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II vascular	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo	# Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma	Colesterol alto
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebro	Vivo as Arterias Coronarias Diabetes II vascular Tipo de Cancer	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo	# Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer	Vivo as Arterias Coronarias Diabetes II vascular Tipo de Cancer No Diabetes	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo	# Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer Desconocido Historia Familia Vivo y bien	Vivo s Arterias Coronarias Diabetes II vascular Tipo de Cancer No Diabetes Vivo	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo No Enfermedad de I Difunto Alzheimer	# Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebro Cancer No Cancer Desconocido Historia Familia Vivo y bien Enfermedad de la	Vivo s Arterias Coronarias Diabetes II vascular Tipo de Cancer No Diabetes r Vivo s Arterias Coronarias	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo No Enfermedad de I Difunto Alzheimer Migrañas	# Artritis Obesidad Alcoholismo as Arterias Coronarias Edad que fallecio	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma Asma Hipotiroidismo	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides No Hipertensión Enfermedad renal Colesterol alto
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer Desconocido Historia Familia Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I	Vivo as Arterias Coronarias Diabetes II vascular Tipo de Cancer No Diabetes Ir Vivo as Arterias Coronarias Diabetes II	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo No Enfermedad de I Difunto Alzheimer Migrañas Hipertensión	# Artritis Obesidad Alcoholismo as Arterias Coronarias Edad que fallecio	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides No Hipertensión Enfermedad renal Colesterol alto ocardio a la edad ()
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer Desconocido Historia Familia Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron	Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular Tipo de Cancer No Diabetes IT Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo No Enfermedad de I Difunto Alzheimer Migrañas	# Artritis Obesidad Alcoholismo as Arterias Coronarias Edad que fallecio	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma Asma Hipotiroidismo	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides No Hipertensión Enfermedad renal Colesterol alto
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer Desconocido Historia Familia Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer	Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular Tipo de Cancer No Diabetes II Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular Tipo de Cancer	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo No Enfermedad de I Difunto Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertensión Hipertiroidismo	# Artritis Obesidad Alcoholismo as Arterias Coronarias Edad que fallecio Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides No Hipertensión Enfermedad renal Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer Desconocido Historia Familia Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer	Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular Tipo de Cancer No Diabetes IT Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo No Enfermedad de I Difunto Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertensión Migrañas No Enfermedad de I	# Artritis Obesidad Alcoholismo as Arterias Coronarias Edad que fallecio Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides No Hipertensión Enfermedad renal Colesterol alto ocardio a la edad ()
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer Desconocido Historia Familia Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer	Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular Tipo de Cancer No Diabetes II Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular Tipo de Cancer	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo No Enfermedad de I Difunto Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertensión Hipertiroidismo	# Artritis Obesidad Alcoholismo as Arterias Coronarias Edad que fallecio Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides No Hipertensión Enfermedad renal Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides
Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer Desconocido Historia Familia Vivo y bien Enfermedad de la Diabetes I Accidente Cerebron Cancer No Cancer	Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular Tipo de Cancer No Diabetes II Vivo Is Arterias Coronarias Diabetes II Vascular Tipo de Cancer	Hermana(s) Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertiroidismo No Enfermedad de I Difunto Alzheimer Migrañas Hipertensión Hipertensión Migrañas No Enfermedad de I	# Artritis Obesidad Alcoholismo as Arterias Coronarias Edad que fallecio Artritis Obesidad Alcoholismo	Hermano(s) Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión No Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión Asma Hipotiroidismo Infarto agudo del mi Depresión	Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides No Hipertensión Enfermedad renal Colesterol alto ocardio a la edad () Trastorno de la tiroides

Nombre:	Fecha de nacimiento
Firma:	Fecha:
ANTECEDENTES MÉDI	cos
Enfermedades Crónicas (lista de to	dos)
<u>Embarazo</u>	
Actualmente embarazada	Nunca
Número de embarazos anteriores:	
Número de partos vaginales:	Número de cesáreas:
Cirugias (lista de todos)	
MEDICAMENTOS	
Lista de medicamentos actuales:	
_	
Alergias (describa todos)	

Fecha de Nacimiento:	
Numero de Social Security:	

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

De conformidad con la Regulación Federal 42CFR, Parte 2, Estatutos de la Florida los capítulos 381, 394-397 y/o 445. La divulgación de toda mí historia médica incluyendo mis antecedentes psiquiátricos y psicológicos y/o expedientes de mi tratamiento de abuso de sustancias incluyendo los resultados de la prueba del VIH.

Por favor de:	\square Mandar po	r correo a:	\square Mandar por fax a:	□ Mantener hasta qu	ıe lo recoja:
□ Garcia & C	Giron MD PA				
3661 Sout Suite 702 Miami, FL, Fax: (305)		le			
0					
	:		Atenci		
Dirección: Ciudad:		Estado:	Zip:	Teléfono: Fax:	
Ciuuau		Estado	Σίρ	Fax	
Razón del	□ Personal	□ Cuidado	s Continuos (Medico	primario/especialista)	
pedido:	□ Seguro	□ Legal	□ Cambio de	médico tratante □ O	tro
información agencia indio cualquier mo pero que la r Esta autoriza	anterior que se cada. También omento siempr revocación no t ación permaneo	e especifica p entiendo que e que notifiq iene ningún cerá en vigor	ouede ser liberada e puedo revocar es que a la facilidad y/ efecto sobre las mo hasta el momento	estatales y federales sólo a la persona dete ta versión de la inforn o el médico por escrit edidas adoptadas con en que el propósito p se ha pasado de fech	erminado(s) o nación en o a este efecto, anterioridad. para el cual fue
	aciente / clien		_	Fecha	
Nombre de	l naciente / cli	ente / IIIto	r		

GARCIA & GIRON MD PA