

PATIENT INFORMATION				
Primer Nombre	Apellido	Apellido de Soltera	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<i>Escoja una</i> <input type="checkbox"/> Residente (año entero) <input type="checkbox"/> Residente del Invierno (Octubre-Abril) <input type="checkbox"/> Residente del Verano (Mayo-Septiembre)				
Direccion			Numero Social	
Ciudad, Estado, Codigo Postal			<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divocado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Telefono Casa	Telefono Trabajo	Telefono Celular	Lenguaje Preferible	
CONTACTOS de EMERJENCIA				
Nombre		Relacion	Numero telefonico	Numero Celluar
Nombre		Relacion	Numero telefonico	Numero Celluar
GARANTE (si otra persona):				
Nombre		Relacion		
Direccion		Cuidad	Estado	Codigo Posta
Casa Telefono	Del Trabajo	Telefono Celluar		
SEGURO PRIMARIO o MEDICARE			SEGURO SECONDARIO	
<input type="checkbox"/> Igual al paciente <input type="checkbox"/> Igual que elgrante <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Igual al paciente <input type="checkbox"/> Igual que elgrante <input type="checkbox"/> Otro	
<b>POR FAVOR TRAIGA SUSTARJETAS DE SEGUNO MEDICO.</b>				

Primer Nombre	Apellido	Apellido de Soltera	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<p>Acuerdo De Servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por la presente asigno mis beneficios del seguro a ser pagados directamente ha Millennium Physician Group.</li> <li>• Estoy de acuerdo en ser el(la) único(a) responsable de todos(a) los(a) gastos de cobranza, honorarios de abogados y gastos necesarios judicial para cobrar el pago en cualquier parte del saldo en mora, y, por la presente autorizo a MPG para llevar a cabo todos los informes.</li> <li>• Entiendo que si no cancelar o reprogramar una cita, me pueden cobrar una “Si no se presenta cuota”</li> <li>• Yo autorizo el medico ha liberar mi informacion medica requerida para proceder con cuentas.</li> <li>• Yo autorizo comunicaciones electronicas de MPG para propositos medicos (i.e. Correo electronico, Llamadas, y mensajes for el portal de MPG.</li> </ul> <p>Signo: _____ Fecha: _____</p>				

PATIENT INFORMATION				
Primer Nombre:	Apellido:	Apellido de Soltera:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<p>Para mejorar las interacciones y las comunicaciones con nuestros pacientes, hemos implementado sistemas automatizados de mensajes de teléfono y correo electrónico para las comunicaciones relativas a recordatorios de la cita, el saldo pendiente las alertas y la gestión de la enfermedad, etc. que nos lugar llamadas telefónicas automatizadas o los mensajes de correo electrónico? Sí o No Si la respuesta es "Sí", sirvase indicar preferencias a continuación:</p>				
<p><b>Recordatorio de citas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enviado por correo electrónico 4 días antes</li> <li>• Llamada/mensaje por celular (texto) 1 – 2 días antes</li> </ul> <p>No se dejan mensajes los fines de semanas</p>	<input type="checkbox"/> Si, teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Si, correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Si, mensaje por celular(text) _____ <i>Firma del Paciente</i>	<input type="checkbox"/> No, gracias  <i>Firma del Paciente</i>		
<p><b>Información sobre facturas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordatorio automatizado de sus saldos vencidos</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Si, teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Si, correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Si, mensaje por celular(text) _____ <i>Firma del Paciente</i>	<input type="checkbox"/> No, gracias  <i>Firma del Paciente</i>		
<p><b>Notificaciones de Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de sus análisis/estudios médicos en su portal de paciente</li> <li>• Recordatorio de sus análisis/estudios médicos atrasados</li> <li>• Iniciativas de manejo de enfermedades</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Si, teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Si, correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Si, mensaje por celular(text) _____ <i>Firma del Paciente</i>	<input type="checkbox"/> No, gracias  <i>Firma del Paciente</i>		

Primer Nombre:	Apellido:	Apellido de Soltera:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<b>Anuncios de la Compañía</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cita cancelada debido a un conflicto con el horario</li> <li>• Recordatorio para hacer su próxima cita de seguimiento</li> <li>• Recordatorio para llamar a la oficina para hacer otra cita cuando no fue a su cita programada</li> </ul>		<input type="checkbox"/> Si, teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Si, correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Si, mensaje por celular(text) _____		<input type="checkbox"/> No, gracias  <i>Firma del Paciente</i>
<p>Para maximizar la continuidad de cuidado y seguridad de nuestros pacientes, hemos implementado sistemas automatizados de comunicación con el Gerente de Beneficios de Farmacia, con otros proveedores médicos y facilidades (a petición de usted), y, con el Registro de Inmunización de Florida. Por favor indique abajo su preferencia.</p>				
<p><i>Yo autorizo que Millennium Physician Group optenga mi historial medico cualquier medicamento historia que se descargan automaticamente de los beneficios de farmacia atra de SureScript.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Firma del Paciente:</i></p>			<input type="checkbox"/> No, gracias  <i>Firma del Paciente</i>	
<p><i>Ademas autorizo Millennium de revelar mis registros medicos e informacion de atencion medica a otros proveedores de servicios medicos e instalaciones que lo soliciten en relacion con mi atencion y tratamiento medico.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Firma del Paciente:</i></p>			<input type="checkbox"/> No, gracias  <i>Firma del Paciente</i>	
<p><i>Por la presente autorizo Millennium para intercambiar mi historial de inmunización en el Registro de Inmunización de la Florida.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Firma del Paciente:</i></p>			<input type="checkbox"/> No, gracias  <i>Firma del Paciente</i>	

Autorización Representativa del Paciente

Por favor escribe su Nombre y Fecha de nacimiento y luego complete ya sea la sección 1 ó 2 de este formulario.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**(1.) AUTORIZO LA SIGUIENTE PERSONA (S) COMO REPRESENTANTE (S):**

Yo, \_\_\_\_\_, DOY AUTORIZACIÓN A LOS PROVEEDORES DE MILLENNIUM PHYSICIAN GROUP PARA DISCUTIR MI CONDICIÓN DE CUIDADO CON LA SIGUIENTE (S) PERSONA (S):

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Información médica discutida/divulgada puede incluir:**

- Alcohol y/o abuso de drogas       Enfermedad de transmisión sexual       Salud Mental  
 Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)       Virus de Inmuno Deficiencia Humano (HIV)

Esta autorización para discutir/divulgar información privada sobre mi salud con la persona (s) mencionada (s) arriba **vencerá:** (por favor elija):

- 12 meses a partir de la fecha de mi firma abajo – **Ó** --  
 Cuando revoque mi autorización por medio de una carta a mi médico.

Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar los expedientes médicos solicitados y que la información divulgada, en virtud de la presente autorización, podrá estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y no podrá ser protegida por leyes estatales o federales.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (en letra de molde) (Firma de padre/madre ó tutor legal del paciente – si es menor de edad)

**(2.) NO DESEO NOMBRAR A UN REPRESENTANTE EN ESTE MOMENTO**

- No deseo nombrar a un representante en este momento.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (en letra de molde) (Firma de padre/madre ó tutor legal del paciente – si es menor de edad)

- Me gustaría obtener una copia de esta autorización para mis archivos personales.

**POLÍTICA FINANCIERA****N.º de expediente  
médico:****Nombre del paciente:****Fecha:****Fecha de nacimiento:** **Masculino** **Femenino****LEA CUIDADOSAMENTE**

Nuestro compromiso es darle la mejor atención médica a usted, nuestro paciente. Su clara comprensión y acuerdo con nuestra política económica sobre su atención médica es fundamental para nuestra relación profesional con usted. Si tiene preguntas adicionales sobre nuestras tarifas y políticas económicas, comuníquese con nuestra Oficina Central de Facturación al 877-856-3774. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios individuales, incluyendo sus responsabilidades de desembolso descritas en su plan, comuníquese directamente con su proveedor.

**HONORARIOS PROFESIONALES:** Nuestros precios son representativos de los cargos frecuentes y habituales en nuestra zona. Nuestros honorarios reflejan el tiempo que el proveedor le dedica y la complejidad de su atención. Ese tiempo incluye la revisión de registros médicos anteriores, pruebas de diagnóstico, autorizaciones y otros requisitos de seguro, y la coordinación de su atención con otros médicos involucrados en su planificación de atención médica.

**PAGOS DE SEGUROS:** Participamos en cesión de pago con planes de seguros específicos en el estado de Florida. Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su plan de seguro. Es su responsabilidad verificar y conocer la cobertura de los beneficios de su seguro, incluyendo sus requisitos de gastos de bolsillo. Si su plan de seguro es uno con el que participamos y si dio prueba válida de seguro para ese plan, presentaremos sus reclamos como cortesía hacia usted, nuestro paciente.

**PRUEBA DE SEGURO:** Antes de que un proveedor lo atienda, debe completar el Formulario de información del paciente, dar una licencia de conducir o tarjeta de identificación legal, y dar una tarjeta de seguro válida y vigente como prueba de seguro. Si la información del seguro que da es incorrecta, usted será responsable del saldo del reclamo.

**PAGOS DE PACIENTE/SALDOS DE PAGO POR CUENTA PROPIA:** Sus copagos, saldos pendientes, servicios no cubiertos por su plan de seguro y servicios de pago propio vencen en el momento de su cita. Sus saldos vencen al recibir el estado de cuenta de Millennium Physician Group, a menos que haya hecho otros arreglos antes de que se preste el servicio. Puede pagar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Le recomendamos que use nuestro programa seguro Credit Card on File para una resolución fácil y conveniente de su saldo. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express. Después de 90 días de falta de pago, podremos derivar su cuenta a una agencia de cobranza.

**CITAS:** Comprenda que el horario de su cita se reservó para sus necesidades de atención médica. Si va a llegar tarde, llámenos tan pronto como sea posible; si necesita cancelar su cita de consultorio o de procedimiento, **llámenos con 24 horas de antelación.**

**ATENCIÓN DE VISITA DIVIDIDA:** Algunos planes de seguro permiten que el proveedor haga servicios de atención preventiva (p. ej., visita anual de bienestar o examen físico) el mismo día que una visita centrada en un problema, mientras que otros requieren que los servicios se hagan en días separados. Cuando los servicios preventivos se combinan con una visita centrada en un problema, cualquier copago, coseguro o deducible aplicable aún puede aplicarse en relación con su atención centrada en un problema. Es su responsabilidad conocer los requisitos de cobertura específicos y las limitaciones que puedan aplicarse.



**POLÍTICA FINANCIERA**

**N.º de expediente médico:**

**Nombre del paciente:**

**Fecha:**

**Fecha de nacimiento:**

**Masculino**

**Femenino**

**SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Es posible que algunos servicios que reciba no estén cubiertos por su póliza o que Medicare u otras aseguradoras los consideren no necesarios. Si su proveedor determina que esto es su responsabilidad, deberá pagar estos cargos.

**BENEFICIARIOS DE MEDICARE:** En ocasiones, Medicare limitará la cobertura de ciertos bienes o servicios según el diagnóstico o la frecuencia con la que se hacen. En caso de que su proveedor identifique la posibilidad de que se rechace su reclamo por cualquiera de estos motivos, según los requisitos de Medicare, se le pedirá que complete un Formulario de aviso avanzado de beneficiario (ABN) que le dará la oportunidad de recibir el costo esperado por los servicios, antes de que se presten los servicios. Podrá elegir recibir los servicios y ser responsable del costo que le asigne Medicare o elegir rechazar los servicios.

**AGENCIAS DE COBRO:** Si es necesario poner su cuenta en una agencia de cobranza de terceros debido a falta de pago, se lo puede considerar como su despido de nuestra práctica. En caso de que nuestro consultorio lo despida, lo trataremos de emergencia solo durante los próximos 30 días mientras encuentra atención médica alternativa. Millennium se reserva el derecho de solicitar que se registre una tarjeta de crédito activa para la prestación de servicios futuros y la pronta resolución de saldos futuros.

**CHEQUES DEVUELTOS:** Se aplicará un cargo de \$50 por cada cheque devuelto por su banco. Si entrega más de un cheque sin fondos, su proveedor puede optar por no aceptar cheques futuros suyos.

**SU FIRMA EN ESTA PÁGINA CONSTITUYE UN ACUERDO CON LA POLÍTICA ECONÓMICA**

*Leí y estoy de acuerdo con la Política e información económica de arriba. Por la presente, cedo todos los beneficios médicos o quirúrgicos a los que tengo derecho mediante mi seguro (gubernamental o privado) a Millennium Physician Group, LLC. Esta cesión permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Una copia de esta cesión se considera tan válida como la original.*

Nombre del paciente

en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable de la cuenta en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PATIENT'S BILL OF RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

**Sección 381.026**, Estatutos de Florida, trata sobre la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente. La ley en Florida requiere que su proveedor de cuidado de la salud ó su centro de salud, reconozca sus derechos mientras ud. esté recibiendo cuidado médico y que ud. respete el derecho de su proveedor de cuidado de la salud ó centro de salud de esperar cierto comportamiento de parte de los pacientes.

### UN PACIENTE TIENE EL DERECHO A:

- Conocer cuales normas y regulaciones aplican a su conducta..
- Ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio de su dignidad y protección a la privacidad.
- Recibir una contesta pronta y razonable a sus preguntas y peticiones.
- Recibir tratamiento médico ó acomodaciones independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad, ó fuente de pago.
- Tratamiento médico imparcial o adaptaciones independientemente de raza, origen nacional, religión, discapacidad, orientación sexual, ó, fuente de pago.
- Conocer quién está proveyendo los servicios médicos, y, quién es responsable de su cuidado.
- Ser dado, por su proveedor de cuidado de la salud, información tal como diagnósticos, tratamiento planeado, alternativas, riesgos y pronóstico.
- Conocer si el tratamiento médico es para propósitos de investigación experimental, y, dar su consentimiento ó rechazo para participar en tal investigación.
- Traer a cualquier persona de su elección a las áreas públicas del centro de atención médica accesible al paciente para acompañar al paciente mientras el paciente recibe tratamiento ó consulta médica con su doctor al menos que esto ponga en riesgo la seguridad de la salud del paciente, otros pacientes, el personal del centro médico, ó, no pueda razonablemente ser acomodado.
- Rechazar cualquier tratamiento, excepto en casos prescritos por la ley.
- Recibir tratamiento por alguna condición médica de emergencia que empeoraría por falta de tratamiento..
- Recibir, antes del tratamiento, un estimado razonable por los cargos de cuidados médicos.
- Saber, a petición y antemano del tratamiento, si su proveedor de cuidado de salud ó centro de atención médica acepta la tarifa asignada por Medicare, si él ó ella es elegible para Medicare.
- Recibir, a petición, información completa y consejería necesaria en la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado.
- Saber que servicios de apoyo hay disponibles para el paciente incluyendo si hay un intérprete disponible si el paciente tiene pérdida de visión ó auditiva, ó, no habla Inglés.
- Recibir una copia razonablemente clara, con una cuenta detallada y comprensible, y a petición, que se le expliquen los cargos.
- Expresar quejas con respecto a cualquier violación de sus derechos, como está establecido en la ley de Florida, a través del procedimiento de querrelas de su proveedor medico ó el centro de atención médico el cual le ha ofrecido servicios y a la agencia de licencia apropiada.

### UN PACIENTE ES RESPONSABLE POR:

- Seguir las normas y regulaciones de conducta del centro de salud.
- Mantener sus citas y, cuando no pueda hacerlo, notificar a su proveedor de cuidado de la salud ó a su centro de salud.
- Dar a su proveedor de cuidado de la salud información precisa en cuanto a sus padecimientos presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y cualquier otra información acerca de su salud.
- Reportar a su proveedor (médico) si entiende el tratamiento médico planeado y lo que se espera que usted haga.
- Reportar a su médico cambios inesperados en su condición.
- Ud. es responsable de sus actos si el tratamiento es rechazado ó si el paciente no sigue las instrucciones de su médico.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor (médico).
- Asegurando que las obligaciones financieras del cuidado de su salud sean cumplidas lo más pronto posible.