



## PRÁCTICA DE PRIVACIDAD-HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará a ninguna divulgación que ya hayamos realizado en función de su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- El Consultorio tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso
- La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad
- El paciente tiene derecho a restringir los usos de su información, pero la Clínica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán
- La Práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

3900 Blvd de la Universidad S.

Jacksonville, FL 32216

904-222-6656 (P)

904-222-6657 (F)



3900 UNIVERSITY BLVD. SOUTH  
JACKSONVILLE, FL 32216  
904-222-6656 (PHONE) 904-222-6657 (FAX)

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE ¿Tiene una Directiva Anticipada? Sí o no**

Nombre: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_ Last Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial:  
\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero Casado Pareja Divorciado Otro

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Pacientes Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_ Work Dirección: \_\_\_\_\_

Contacto/relación de emergencia: Número \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Nombre de la póliza principal: Número de \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Titular Principal de la Póliza: Cónyuge Propio Padre

Nombre del titular principal de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la póliza secundaria: \_\_\_\_\_ Número de identificación:  
\_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Titular de la Póliza Secundaria: Cónyuge Propio Padre

Nombre del titular de la póliza secundaria: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la póliza terciaria: Número \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Titular de la Póliza Terciaria: Cónyuge Propio Padre

Nombre del titular de la póliza terciaria: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Reconozco y acepto que he recibido una copia del Aviso de Práctica de Privacidad de Ashchi Heart and Vascular Center.

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

**Imprimir Nombre del Representante Legal y relación:** \_\_\_\_\_

**¿Motivo de la visita de hoy? (¿Por qué estás aquí?):**

---

**FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE**

**EQUIPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE:** enumere todos los médicos que brindan atención

<b>Nombre del médico</b>	<b>Tipo de Doctor</b> (Atención Primaria, Urólogo, etc.)	<b>Número de teléfono</b>	<b>Número de fax</b>

**ALERGIAS** ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex, tintes? (Marque uno) **SI NO**

<b>Lista de alergias: medicamentos, alimentos, látex, tinte (contraste), etc.</b>	<b>Reacción: erupción cutánea, dificultad para respirar, urticaria, picazón, etc.</b>	<b>Gravedad (encierre en un círculo uno)</b>
		ALTO MODERADO BAJO
		ALTO MODERADO BAJO
		ALTO MODERADO BAJO
		ALTO MODERADO BAJO

**MEDICAMENTOS** Haga una lista de todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y vitaminas.

**(Traiga frascos de medicamentos para mayor claridad)**

<b>Nombre del medicamento</b> (nombre completo de la botella)	<b>Dosis/Fuerza</b> (mg, mcg, ml, etc.)	<b>¿Con qué frecuencia lo tomas?</b> (Diariamente, dos veces al día, etc.)	<b>¿Cuánto tiempo has tardado?</b> (1 mes, 2 años, etc.)	<b>¿Médico prescriptor?</b>


### **HISTORIAL MÉDICO**

<b>Por favor, marque a la derecha de cada artículo</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO SABER</b>	<b>Por favor, marque a la derecha de cada artículo</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO SABER</b>
Asma/EPOC/Enfisema				Angio/stent de la arteria renal			
Aneurisma				Insuficiencia renal			
Coágulo de arteria				Cálculo renal			
AFIB / Aflutter				¿Historia de la colocación de STENT? Tipo:			
Trastorno de la sangre o de la coagulación				Enfermedad hepática			
Bronquitis/ Enfisema				Coágulo pulmonar			
Cáncer Tipo: _____				Narcolepsia / Apnea del sueño			
Dolor en el pecho / angina de pecho				ERGE/úlceras pépticas			
CHF				Enfermedad vascular/arterial periférica			
CAD				Enfermedad de la próstata			
Diabetes ¿Por cuánto tiempo?				Fiebre reumática			
Vesícula biliar				Convulsiones			
Ataque cardíaco (IM)				Dificultad para respirar			
Hepatitis				Enfermedad de la tiroides			
Hipertensión				Accidente cerebrovascular / ACV			

VIH / SIDA / Hepatitis				Cardiopatía valvular			
Colesterol alto							

### **CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS ANTERIORES**

<b>Cirugías/Procedimientos Pasados</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO SABER</b>	<b>Cirugías pasadas/ Procedimientos</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO SABER</b>
Cirugía de Tobillo / Pie / Mano				AICD/ DEFIB / Implante de marcapasos / Extracción de electrodos desfibriladores cardioversores implantables			
Apendicectomía				Reparación de aneurisma aórtico			
Cirugía de Espalda / Cuello				Cateterismo cardíaco			
Implante Mamario/ Reducción				Miocardioplastia			
Catarata				Cardioversión/ablación por radiofrecuencia			
Vesícula biliar				Angioplastia coronaria			
Bypass Gástrico / Banda Gástrica				Derivación de la arteria coronaria			
Cirugía / Reparación de Hernia				Revascularización Coronaria			
Cirugía / Reparación de Cadera				Trasplante de corazón / órganos			
Histerectomía total o parcial				Cirugía / Reparación de Válvulas Cardíacas			
Intestinal				Reemplazo de homoinjerto			
Cirugía / Reemplazo de Rodilla				Próstata			

Cirugía de apnea del sueño				Amígdalas/ Adenoides			
----------------------------	--	--	--	----------------------	--	--	--

## HISTORIA SOCIAL

### Consumo de alcohol: SI NO

¿Consumes alcohol?

Promedio por semana:

\_\_\_\_\_ cerveza \_\_\_\_\_ vino \_\_\_\_\_ licor

### Tabaquismo/Consumo de tabaco:

SI NO ¿Fuma o consume tabaco?

SI NO ¿Usas cigarrillos electrónicos/vapeadores?

SI NO ¿Has fumado en el pasado?

\_\_\_\_\_ ¿Número de años? \_\_\_\_\_ Packs al día?

\_\_\_\_\_ Year renunciar?

### Dieta:

SI NO ¿Sigues una dieta especial?

¿Qué tipo de dieta? \_\_\_\_\_

SI NO ¿Bebe bebidas con cafeína?

(Café, té, refrescos de cola, etc.)

¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_

### Ejercicio: SI NO

¿Haces ejercicio regularmente?

(Mínimo 30 minutos/3 veces a la semana)

### Abuso de sustancias: SI NO

¿Tienes antecedentes de drogodependencia?

En caso afirmativo, especifique:

\_\_\_\_\_

### Ocupación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jubilado \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_ Estudiante

### Residencia (vidas de pacientes...)(marque uno):

\_\_\_\_\_ Solo \_\_\_\_\_ con hijos \_\_\_\_\_ con padres \_\_\_\_\_ con

cónyuge \_\_\_\_\_ con cónyuge e hijos

\_\_\_\_\_ c/pareja masculina \_\_\_\_\_ c/pareja femenina

\_\_\_\_\_ En un hogar de ancianos \_\_\_\_\_ Centro de vida

asistida

## Antecedentes familiares:

Madre: ¿ \_\_\_\_\_ Alive \_\_\_\_\_ Deceased? ¿A qué age \_\_\_\_\_

Padre: ¿ \_\_\_\_\_ Alive \_\_\_\_\_ Deceased? ¿A qué age \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_ # Hermanos \_\_\_\_\_ #Hermana

\_\_\_\_\_ # Vivo \_\_\_\_\_ # Hermano fallecido \_\_\_\_\_ #Alive \_\_\_\_\_ # Hermana fallecida

\_\_\_\_\_ # Vivo \_\_\_\_\_ # Hermano fallecido \_\_\_\_\_ #Vivo \_\_\_\_\_ # Hermana fallecida

\_\_\_\_\_ # Vivo \_\_\_\_\_ # Hermano fallecido \_\_\_\_\_ #Alive \_\_\_\_\_ # Hermana fallecida

## **Autorización para la Divulgación de PHI – Familiars/Amigos/Asociados**

Mi firma a continuación sirve como autorización para la divulgación de mi PHI a y de mis familiares, amigos y asociados que se enumeran a continuación. Si no aparece nadie en la lista, solo el PACIENTE puede recibir PHI. (Use el Formulario de Autorización de Salud por separado para Proveedores/Instituciones).

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Número de teléfono</b>

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HABRÁ UN CARGO DE \$25.00 POR TODA LA DOCUMENTACIÓN DEL SEGURO / FMLA / DISCAPACIDAD, Y TENDRÁ 30 DÍAS HÁBILES PARA COMPLETAR. LOS REGISTROS MÉDICOS TENDRÁN UNA TARIFA PLANA DE \$25 PARA TODOS LOS REGISTROS QUE SE ENTREGUEN A LOS PACIENTES AL FIRMAR UNA AUTORIZACIÓN Y YA NO EN LA OFICINA DE AHV.\*\*\***

\*\*Nuestros especialistas cardiovasculares tienen privilegios en Baptist Medical Centers, Baptist South, Memorial Hospital Jacksonville, Orange Park Medical Center, Specialty Hospital, Brooks Rehabilitation Hospital, St. Vincent's Medical Center Southside y Flagler Hospital. Si usted o los miembros de su familia son admitidos en estos hospitales, pregunte a su enfermera o a la administración por su médico aquí en Ashchi Heart & Vascular Center para que podamos brindarle la excelente atención continua que siempre disfrutó con nuestro grupo. Estamos de guardia para nuestros pacientes las 24 horas del día, los 7 días de la semana en estos lugares. Nuestro grupo le proporciona cardiólogos certificados y especialistas vasculares en varias ubicaciones del área de First Coast.



**3900 University  
Blvd. S  
Jacksonville, FL 3221  
6  
Teléfono: 904.222.6656 Fax: 904.222.6657  
DrAshchiHeart.com**

## **SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Para: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

La divulgación de cualquier información considerada confidencial según la Ley de Florida, como la relacionada con el abuso psiquiátrico, de drogas o alcohol, las pruebas, el asesoramiento o el tratamiento del VIH/SIDA, u otros materiales confidenciales que pueden o no estar en mis registros médicos es:

**AUTORIZADO €**

**DESAUTORIZADO €**

Esta solicitud por escrito para la divulgación de registros médicos es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma, a menos que sea revocada por escrito por mí o mi agente autorizado. Acepto eximir de responsabilidad tanto a la parte remitente como a la receptora de esta solicitud de todos y cada uno de los costos, responsabilidades y daños de cualquier naturaleza que resulten o indirectamente de la divulgación de mis registros médicos.

### **Tipo de información médica solicitada para la continuidad de la atención**

- Todos los registros médicos  Informe de camiseta
- Resultados de laboratorio  Diagnóstico por imágenes, tomografías computarizadas / resonancias magnéticas
- Trazados de electrocardiograma  EP/Ablación venosa
- Todas las pruebas cardíacas y vasculares  Implante Pacer/AICD
- Informe de cateterismo  Holter/ Zio Patch/ CAM
- CABG, Informe de Cirugía Valvular  Otros:

---

---

**FECHA DE FIRMA DEL PACIENTE**

---

---

**NOMBRE IMPRESO DEL TESTIGO PACIENTE**