



CONSENTIMIENTO MEDICO PARA EL TRATAMIENTO

Consentimiento Médico para el Tratamiento: El que suscribe consiente en proporcionar todos y cada uno de los exámenes, tratamientos, procedimientos, procedimientos de laboratorio, fármacos y suministrar al paciente según lo ordenado o solicitado por el (los) médico (s) del paciente y reconoce que no se ha garantizado ni garantizado Los resultados de tales tratamientos, procedimientos o exámenes. Heart of Florida Health Center se reserva el derecho de requerir que un adulto esté presente durante el tratamiento de menores.

Acuerdo de paciente / avalista: Estoy de acuerdo, ya sea que firme como agente o paciente, que, en consideración de los servicios a prestar al paciente, me comprometo individualmente a pagar e incondicionalmente garantizar el pago de la (s) cuenta (s) Con las tarifas y los términos regulares. El pago total se espera en forma oportuna. Entiendo que no se me negará el tratamiento basado en la imposibilidad de pagar.

Seguro Asignación de Beneficios: Yo, el abajo firmante, autorizo y asigno el pago de todos los beneficios de seguro médico y / o quirúrgico al Centro de Salud de Heart of Florida por cualquier servicio que me hayan proporcionado.

Asignación de beneficios de Medicare a lo largo de toda la vida: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a nombre del Centro de Salud de Heart of Florida para cualquier servicio que se me proporcione. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ya sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios de los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Esta asignación está en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

Sala de Emergencias: Si me envían a la Sala de Urgencias, soy responsable del pago al hospital. Si necesito una ambulancia para transportarme al hospital, entiendo que soy responsable de cualquier cargo.

Declaración de Derechos y Responsabilidades de los Pacientes: Mediante la firma a continuación, el paciente reconoce que el paciente ha recibido una copia de los "Derechos y Responsabilidades del Paciente".

Administración de Beneficios de Farmacia: Mediante la firma a continuación, el paciente / padre / tutor autoriza al Centro de Salud de Heart of Florida (HFHC) a obtener información de farmacia y prescripción necesaria para la exactitud y continuidad del cuidado.

Divulgación de información: El abajo firmante autoriza a Heart of Florida Health Center (HFHC) a revelar y liberar todo o parte del expediente del paciente a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable bajo un contrato a HFHC o al paciente, o Un miembro de la familia o empleador del paciente por la totalidad o parte de los cargos (incluyendo, pero no limitado a, organizaciones de servicios hospitalarios o médicos, compañías de seguros, Medicaid, fondos de asistencia social o el empleador del paciente).

Consentimiento para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud: Al firmar abajo, doy mi consentimiento al Centro de Salud de Heart of Florida (HFHC), sus asociados comerciales y cualquier otro proveedor de atención médica involucrado en el cuidado del paciente usando y divulgando todo o parte del El historial del paciente para el tratamiento y las operaciones normales de atención de la salud.

Al firmar a continuación, también doy mi consentimiento a Heart of Florida Health Center (HFHC), sus socios comerciales y cualquier otro proveedor involucrado en el cuidado del paciente usando y revelando todo o parte del registro del paciente con el propósito de asegurar el pago por servicios Prestados por el centro de salud. A menos que se indique lo contrario, la información a ser liberada incluye toda la información en el expediente del paciente, incluyendo (si es aplicable) información sobre los resultados de las pruebas y el análisis del VIH, el tratamiento psiquiátrico y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas. información.

Retener la siguiente información de la liberación _____

Las restricciones anteriores, si las hay, no restringen el uso y la divulgación del registro del paciente para el tratamiento y las operaciones normales de atención médica. El consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado, excepto en la medida en que se haya adoptado una medida basada en ella.

Para una descripción más detallada de los usos y divulgaciones para el tratamiento, pago o operaciones de atención médica, revise la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Notificación de prácticas de privacidad: A través de la firma a continuación, reconozco que he recibido hoy, o durante una visita previa, una copia de la Notificación de prácticas de privacidad.

Por la presente certifico que he leído o he explicado la información anterior, que he recibido una copia y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Paciente o representante del paciente

Fecha

Si el representante del paciente describe la relación

Testigo

Fecha



FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE DESIGNACIÓN

Designación de Familiares, Amigos o Cuidadores como Representantes Personales

() Mi información de salud personal NO puede ser divulgada a ninguna de las personas mencionadas anteriormente.

O

() Autorizo a HFHC a divulgar mi información médica personal a las siguientes personas que pueden involucrado en mi cuidado ahora o en el futuro.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

RELACIÓN:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Este Formulario de divulgación de designación permanecerá en vigor por un período de un (1) año calendario a menos que rescindido por mí por escrito.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del paciente / padre / tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del testigo / personal: _____ **Fecha:** _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo en por escrito y presentar mi revocación por escrito al Heart of Florida Health Center. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá un (1) calendario año a partir de la fecha de la firma. Además, entiendo que autorizar la divulgación de mi información médica es voluntario. Puedo negarme a designar a alguien para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar una copia de la información que se divulgará según lo provisto en C.F.R. 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de que el destinatario la vuelva a divulgar y una vez autorizada Para ser divulgada, es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la liberación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad del Heart of Florida Health Center al 352-732-6599



A todos los pacientes se le solicita que lean, inicialicen y cumplan con las políticas de Heart of Florida Health Center (HFHC) que se le proveen a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas, por favor pregunte por hablar con nuestro personal de recepción.

Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente

Entiendo que como paciente de **Heart of Florida Health Center**, toda la información recopilada se mantendrá confidencial bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) del 1996. Confirmando que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Iniciales de los pacientes aquí: _____

Cita y Responsabilidad Financiera

Solicitamos que todos los pacientes nuevos lleguen 30 minutos antes de su cita para registrarse. Todos los pagos se esperan al momento del servicio. Avise a un miembro del personal de cualquier cambio en su información para asegurarse de que tengamos la información más actualizada en su cuenta. Asegúrese de proporcionar la identificación adecuada, la documentación requerida y las tarjetas de seguro (si las hubiera) en el momento de la visita. Los menores siempre deben ir acompañados de un adulto

Iniciales de los pacientes aquí: _____

Asignación de médicos primarios

Los pacientes que están cubiertos por ciertos planes de salud deben asignar a **Heart of Florida Health Center** como su médico primario al momento de su cita. Si no tiene a un proveedor de HFHC como médico primario el paciente puede coordinar con su compañía de seguros para la reasignación y ser visto con un número de confirmación proporcionado por la compañía de seguros. Si la reasignación no se completa en 30 días, se facturará al paciente por la tarifa completa de su visita. Es importante reconocer que de no tener a HFHC como médico primario que no se pueden procesar referencias ni pre-autorizaciones.

Iniciales de los pacientes aquí: _____



CENTRO DE SALUD HEART OF FLORIDA
APLICACIÓN DE ESCALA DE DESCUENTO

El Centro de Salud Heart of Florida es una organización sin fines de lucro que recibe una cantidad definida de fondos federales para complementar el costo de proporcionar atención médica/dental a los pacientes que son elegibles para participar en el programa de escala de descuento. Los pacientes elegibles también calificarán para recetas de costo reducido. Para determinar su elegibilidad para este programa financiado por el gobierno federal, se requiere la verificación de sus ingresos. **Debe actualizar esta información al menos una vez al año para continuar su participación en el programa. Esta información solo se usa para calcular su descuento y se mantiene confidencial.**

Nombre: _____ **Seguro Social** _____ - _____ - _____ **Fecha de Nacimiento** _____ - _____ - _____

Me gustaría presentar una solicitud para la escala de descuento del Centro de Salud Heart of Florida: Sí
 No

Tamaño del hogar # de Adultos _____ #of Niños _____ Total # _____

Un hogar constituye de un grupo de individuos, con o sin hijos, que viven bajo el mismo techo que unen los recursos del grupo para gastos mensuales. Las personas pueden o no estar relacionadas. Si los niños son estudiantes a tiempo completo y mayores de 18 años pueden ser utilizados si se siguen reclamando en la declaración de impuestos.

Liste abajo el nombre completo de los miembros en el hogar y su fecha de nacimiento

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

Documentación requerida para la escala de descuento: se deben pagar dentro de los 30 días posteriores a la solicitud o sera colocado sobre el ingreso.

1. Recibos de pago (recibos de sueldo del hogar durante las últimas 4 semanas)
2. Carta del empleador (si se paga en efectivo)
3. Carta de Resumen de Beneficios de Desempleo
4. Copia de registros de impuestos, estados de cuentas bancarias, formulario de autodeclaración
5. Otro (Veteranos, Seguro Social, Beneficios de pensión, Hijo / Pensión alimenticia, Compensación laboral)
6. Sin ingresos: proporcione una carta notariada de una persona que conozca (no relacionada) que verifique que no tiene ingresos y indicando sus arreglos de vivienda (comida / refugio)
7. Carta de elegibilidad para cupones de alimentos o elegibilidad de Medicaid
8. Prueba de identidad (identificación provista por el gobierno, Licencia de Conducir actual, identificación de la escuela, Certificado de Nacimiento)

Certifico que mi ingreso total del hogar es \$ _____ /Mensual o \$ _____ /Anual

RECONOCIMIENTOS DE ADQUISICIONES

He respondido a todas las preguntas con sinceridad, por completo y lo mejor de mi habilidad; incluyendo cantidades en dólares. Entiendo que no hacerlo puede dar lugar a la denegación de la elegibilidad para recibir servicios. Acepto que el Centro de Salud Heart of Florida puede verificar esta información mediante el uso de un proveedor externo. El Centro de Salud, sus empleados, oficiales y practicantes son liberados por la presente de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por divulgaciones según lo indicado y autorizado aquí.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Office Use Only

- Pay Stub Copy of Taxes Notarized Letter Employer Letter Medicaid Eligibility Letter Other (Social Security/Pension)
- Unemployment Benefit Letter Other Notarized Letters Child/Alimony Workman's Comp Other Income Bank Statements
- Self-Declaration Form

Effective Date _____ Renewal Date _____ SFS A-B-C-D-E-OI Approved by _____ Date _____



FARMACIA
 2553 E Silver Springs Blvd
 Ocala, FL 34470
 (352) 877-7180
 (352) 433-2870 (Fax)

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES DE FARMACIA

¡Bienvenido a nuestra farmacia! Complete este formulario para que podamos asegurarnos de que nuestro archivo de farmacia esté actualizado. ¡Gracias!

*******Por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguro de prescripción actual*******

Primer Nombre Apellido M F Fecha de Nacimiento Seguro Social

Dirección de Casa Estado Código Postal

(____) _____ **SI** **NO**
 Teléfono móvil Compañía telefónica ¿Le gustaría recibir mensajes de texto cuando su
 receta esté lista para ser recogida? Por favor
 circule uno

¿Preferiría un tapón NO de seguridad (fácil de abrir) para sus medicamentos? **SI** **NO**

Reconosco recibir del Aviso de prácticas de privacidad de Heart of Florida con mi firma a continuación.

Firma

Fecha

Office Use Only:

Sliding Scale

Expiration Date



Heart of Florida Health Center
2553 EAST SILVER SPRINGS BLVD
OCALA, FL 34470
352.732.6599

Nombre del Menor de Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre/Tutor legal _____

Autorización para tratamiento a un Menor de Edad

Yo doy consentimiento a Heart of Florida Health Center (HFHC) para que examine y de el tratamiento necesario al menor de edad mencionado arriba, incluyendo y sin limitaciones: examen de salud, pruebas diagnósticas, recetas de medicamentos, y referidos a especialistas u otros proveedores de salud. Este consentimiento aplica a (iniciales en todas las que aplican):

____ Servicio Médico y Tratamiento

____ Servicio Dental y Tratamiento

____ Salud Mental y Tratamiento

____ Entiendo que, al surtir recetas y solicitar recarga de medicamentos, estoy consintiendo que el tratamiento recetado por el proveedor de salud se considera medicamento necesario.

____ Estoy de acuerdo que HFHC pueda proveer tratamiento y servicios con mi consentimiento verbal, en conformidad con la ley pertinente y políticas de HFHC.

Yo autorizo a que los siguientes familiares del menor de edad lo traigan a citas médicas y consientan al tratamiento o servicios en mi ausencia como lo es permitido en el Estatuto 743.0645 (2)(a) del estado de Florida.

____ / _____
Nombre Relación con el Menor
____ / _____
Nombre Relación con el Menor

Los siguientes familiares NO están autorizados a consentir ningún servicio para el menor de edad en mi ausencia.

____ / _____
Nombre Relación con el Menor
____ / _____
Nombre Relación con el Menor

Este consentimiento es válido por doce meses a partir de la fecha firmada, o _____ (especifique hasta cuándo)

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando una notificación firmada a HFHC. La revocación no afectara ninguna acción tomada en relación con esta autorización antes de haber recibido la notificación de renovación.

La firma DEBE ser notarizada si no se firma en presencia del personal de HFHC

Firma del Padre/Tutor legal _____ Fecha _____

Testigo de la Firma _____ Fecha _____