Estimados pacientes y familiares:

Bienvenido a Florida E.N.T. and Allergy, una Division of Select Physicians Alliance. Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra práctica. Esta carta contiene respuestas a algunas de las preguntas más frecuentes de los pacientes que ingresan a nuestra consulta. Esperamos que encuentre útil esta información.

Nuestras horas de oficina son de lunes a viernes de 8:30 am a 5:15 pm. Nuestro número de teléfono de la oficina es **(813) -879-8045**. En caso de una emergencia fuera de nuestro horario comercial normal, comuníquese con la oficina y el servicio de llamadas se pondrá en contacto con el médico de guardia para usted.

Entendemos que en el mundo ocupado de hoy ocasionalmente surgen situaciones que están fuera de su control. En esos casos, le pedimos que nos extienda la cortesía de un aviso de 24 horas. Esta cortesía nos permite seguir operando de manera eficiente y utilizar el tiempo que se reservó para que usted pueda ayudar a otros pacientes en necesidad. Es nuestra política que usted llame a nuestra oficina al menos 24 horas antes de su hora de cita. Si no se comunica con nuestra oficina con antelación tres veces durante el transcurso de un año, se le dará de alta de la práctica.

Los pacientes deben completar, firmar y traer los siguientes elementos a su primera cita:

- Planear llegar 20 minutos antes de su hora de la cita para terminar el papeleo.
- Tarjetas de identificación de seguro de salud e identificación con foto.
- Traer autorizaciones o referencias según lo requiera su compañía de seguros.
- Completar y firmar la información del paciente, la notificación de prácticas de privacidad, la lista de historial médico / medicación, las políticas y directrices, el formulario de consentimiento por prescripción.
- Completar el nombre, número de teléfono y dirección de su farmacia preferida en el formulario.
- Hacer que su médico de referencia remita los expedientes médicos pertinentes, las pruebas de diagnóstico y de laboratorio, o traerlos con usted.
- Traer un CD o Film de su más reciente MRI y/o CT si corresponde.

En visitas posteriores, nuestro personal de la oficina de la oficina revisará su información demográfica y de seguro con usted para asegurarnos de que mantenemos su información correcta en el archivo. Esto nos permite presentar reclamaciones a su compañía de seguros de manera oportuna.

Estamos contratados con varias compañías de seguros para el beneficio de nuestros pacientes. Usted querrá revisar su folleto de beneficios o con el departamento de beneficios de su empleador para verificar si nuestros médicos están listados como proveedores dentro de su red.

Como parte de nuestro contrato con las compañías de seguros, estamos obligados legalmente a cobrar cualquier copago o deducible de usted en el momento del servicio. Le pedimos que esté preparado para pagar su copago en el momento del check-in antes de ser visto por nuestros proveedores. Aceptamos dinero en efectivo, cheque, American Express, Discover, MasterCard, Visa y CareCredit

---

Brandon Office
1139 Nikki View Dr
Brandon, FL 33511

Carillon Office
900 Carillon Pkwy
Suite 300
St. Petersburg, FL 33716

Lutz Office
4211 Van Dyke Rd
2nd floor
Lutz, FL 33558

North Tampa Office
3000 Medical Park Dr
Suite 200
Tampa, FL 33613

Tampa Office
5105 N Armenia Ave
Tampa Bay, FL 33603

South Tampa Office
3006 W Azeele St
Tampa, FL 33609

Pasadena Office
6827 1st Avenue S
Suite 100
St. Petersburg, FL 33707

City Office
511 W Alexander St
Suite 1
Plant City, FL 33563

Riverview Office
13015 Summerfield Square Dr
Riverview, FL 33578

Wesley Chapel Office
26853 Foggy Creek Rd
Building 21, Suite 101
Wesley Chapel, FL 33544

Westchase Office
7433 Monika Manor Dr
Tampa, FL 33625

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Directrices de la Oficina

Gracias por elegir a nuestra oficina para su consulta médica de nariz, garganta y oído. Es nuestro deseo proveerle el mejor cuidado médico posible, pero nosotros no podemos controlar todas las reglas y restricciones impuestas por los seguros médicos. Por esta razón, hay ciertas reglas que usted debe conocer y estar de acuerdo cuando sea tratado en nuestra oficina:

1. El pago se realiza en el momento del servicio.
2. Cancelaciones: Si necesita cancelar su cita, debe hacerlo al menos 24 horas antes de su visita o puede estar sujeto a un cargo de $50.00. Los procedimientos quirúrgicos (VNG, Examen de Alergia, Evaluaciones del Habla o cualquier Cirugía) requieren una cancelación de 72 horas antes del procedimiento o podrá estar sujeto a un cargo de $100.00.
3. Si su plan de seguro requiere un referido (nota o informe) o autorización para ser atendido en nuestra oficina, es su responsabilidad obtenerlo antes de su visita; así evitará retrasos o cancelaciones. También es su responsabilidad saber si necesita un referido o autorización antes de su visita médica.
4. Toda prueba de laboratorio o estudio radiológico ordenado en nuestra oficina debe ser hecho en un plazo de 7 a 10 días después de su visita. Si necesita una autorización, le ayudaremos a obtenerla. Si su seguro le niega una autorización para un estudio, radiografía o cirugía, usted debe iniciar una apelación con su seguro inmediatamente. Si la apelación requiere una carta, nosotros se la proveeremos.
5. Usted necesita hacer una cita de seguimiento una semana después de haberse hecho cualquier prueba de diagnóstico o radiográfica. Por ejemplo: biopsias, ENG, CT, MRI, etc... No espere por una llamada de la oficina para hacer su cita de seguimiento.
6. Si la condición que originó la visita a la oficina empeora o no mejora como era esperado, por favor llámenos y haga otra cita en la oficina.
7. Cualquier procedimiento que su seguro considere innecesario o no cubiertos bajo su plan, será referido directamente hacia usted bajo su responsabilidad.
8. Si usted no tiene seguro médico, su consulta inicial es de $250.00. Si el doctor recomienda cualquier procedimiento, usted es responsable por cargos adicionales que se le notificaran antes de proceder.
9. Habrá un cargo adicional por preparar cualquier formulario médico en esta oficina, por ejemplo, “FMLA”. Como cortesía, se le proveerá una copia por cualquier reporte diagnóstico que se le haga bajo solicitud.
10. Debe de ser tratado con respecto y profesionalismo en todo momento. Si usted tiene algún problema con los empleados de la oficina, por favor notifíqueselo a su médico o al administrador de la oficina.
11. Por favor notifíquenos si usted descubre algún error en los cargos sometidos a su seguro por nuestra oficina para poder corregirlo.

Firma _____ Fecha _____

(Firma del paciente o Guardián legal)

Asignación de Beneficios de Seguro

El abajo firmante autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con todas las reclamaciones por beneficios presentados en mi nombre y / o dependientes. Además, expresamente acepto y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi médico a presentar reclamaciones por beneficios, por servicios prestados o por servicios prestados, sin obtener mi firma en todas y cada una de las reclamaciones que se deben presentar para mí y / o dependientes, Y que estaré obligado por esta firma como si el abajo firmante. Además, autorizo a mi compañía de seguros a pagar y por la presente asigno directamente a Florida E.N.T. and Allergy todos los beneficios, si los hubiere, pagaderos a mí por los servicios descritos en los formularios adjuntos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos. Además, reconozco que cualquier beneficio de seguro, cuando sea recibido y pagado a Florida E.N.T. and Allergy, serán acreditados a mi cuenta de acuerdo con la citada asignación

Acuerdo Financiero

En relación a los servicios brindados al paciente, el firmante acepta responsabilidad total hacia la cuenta del paciente en acuerdo con las regulaciones y cargos de la práctica. Si acaso la factura es referida a una agencia de cobro en el proceso, el firmante es responsable por cargos legales y el proceso de cobro. Actualmente el cargo mínimo es de 30% de los cargos iniciales en su factura y se requiere pago antes o durante su próxima visita.

Firma _____ Fecha _____

(Firma del paciente o Guardián legal)

Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento

De acuerdo a la Ley, es nuestro deber ofrecerle una copia del Reglamento de Normas y Privacidad. Al firmar este documento, usted ratifica que recibió, o se le ofreció y denegó, una copia del reglamento.

Una copia actual de este aviso también se publica en la oficina, o está disponible para usted a petición. Si el Aviso es revisado, puede revisar y obtener la nueva versión en cualquier momento.

Yo he recibido, o denegado la copia del Reglamento de Normas y Privacidad

Nombre del Paciente (letra de molde): _____

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____

*Si Guardián Legal, relación hacia el Paciente: _____

Fecha: _____

Para uso interno:

No pudimos obtener reconocimiento por escrito debido a: _____

_____ _____ Iniciales de personal: _____

Autorización para el uso o Declaración de Información Médica para Tratamiento o Cobro

Como parte de su trato médico, nuestra práctica desarrolla y mantiene documentos y/o registros electrónicos relatando su historial de salud, síntomas, exámenes, resultados, diagnósticos, y cualquier plan de tratamiento actual o futuro y cobro de servicios provistos. Esta información se utiliza para:

- Planificar su tratamiento.
- Comunicación con otros médicos o centros médicos la cual contribuyen con su salud.
- Facturación de sus diagnósticos y tratamiento médico para pago por los servicios provistos.

Para dejar recordatorios de citas u otra información mínima necesaria relacionada con sus pagos de atención médica o de atención médica en su contestador automático, su buzón de voz móvil o con un familiar.

[ ] Por favor, marque aquí si no quiere que dejemos un mensaje en su contestador automático o con un familiar.

[ ] Por favor, marque aquí si no quiere que dejemos un mensaje en su buzón de voz móvil.

Consentimiento de Tratamiento

Yo, _____ autorizo a Florida E.N.T. and Allergy y su personal para
(Nombre del paciente o Guardián legal)
Proporcionar servicios médicos, tales como examen médico y tratamiento, según lo consideren mejor para el bienestar físico o mental del paciente indicado a continuación.

_____	_____	_____
Nombre del Paciente (letra de molde)	*Fecha de nacimiento*	*Número de seguridad social*
_____	_____	_____
Nombre del Guardián legal (letra de molde)	*Relación legal con el paciente*	*Firma del Guardián Legal*

Autorizo a la / s siguiente / s persona (s) a discutir cualquier tratamiento necesario, medicamentos y autorizar cualquier prueba o laboratorio que sea necesario hasta e incluyendo la admisión al hospital. Autorizo a la / s siguiente / s persona (s) a traer a mi hijo (a) para tratamiento y discutir los tratamientos necesarios, medicamentos y autorizar las pruebas y / o laboratorios que sean necesarios hasta e incluyendo la admisión al hospital.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

**** Todo lo mencionado anteriormente proporcionará la identificación que se colocará en la carta del paciente****

Acepto que a menos que yo dé instrucciones específicas de otra manera, la información médica con respecto a mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo puede ser entregada a los padres biológicos, padrastro, médicos referentes y otros practicantes, ya mi compañía de seguros.

Firma _____ Fecha _____
(Firma del paciente o Guardián legal)

Consentimiento Permanente para Acceder a la Historia de Prescripción Externa

Sírvase firmar sólo después de haber leído y comprendido lo siguiente

La presente es para autorizar a todas las farmacias y aseguradoras acceder acceso a la base de datos de todas mis medicinas que he usado en los últimos 2 años. Es nuestro interés obtener lista de todas sus medicinas para dar el mejor trato y disminuir riesgos de reacciones desfavorables hacia medicinas y tratamientos. Este consentimiento autoriza a todas las farmacias, aseguradoras, y personal de administraciones de medicinas, descargar la lista de medicinas de la cual tienen registrados. Tenga en cuenta que la base de datos puede estar incompleta si su farmacia no participa con ella. Por ende, esta lista no incluye medicinas sin recetas o vitaminas que usted haya usado. Esta lista no contiene información sobre el proceso de su tratamiento o razones por la cual usted ha descontinuado ciertas medicinas. Hasta cierto punto, si usted le ha informado a farmacias la cual participan con esta base de datos, sobre cualquier alergia hacia algún medicamento que usted tenga, la base de datos tendrá la lista. Sin embargo, si usted tiene reacciones a medicinas y no lo reporta a una farmacia con acceso a la base, estas no serán mostradas en la lista. De igual forma, necesitamos que nos provea una lista de todas sus medicinas o vitaminas que usted tome, y también una lista de alergias con los tipos de reacciones para tener información precisa y correcta.

Yo, _____ cuya firma aparece a continuación, autorizo a Florida E.N.T. and
(Nombre del paciente o Guardián legal)
Allergy, una Division of Select Physicians Alliance, PL y sus proveedores afiliados para ver el historial de recetas externas a través del servicio RxHub para los pacientes que se enumeran a continuación

Inicie una opción a continuación. Al iniciar, usted está aceptando los términos y condiciones respectivos establecidos a continuación y está de acuerdo con los términos anteriores.

_____ Entiendo que la historia prescripta de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede ser vista por mis proveedores y personal en esta práctica y puede incluir prescripciones expedidas en el tiempo por varios años. Mi firma certifica que he leído y entiendo la información anterior y que autorizo el acceso a mi historial de recetas.

Nombre del Paciente (letra de molde): _____

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____

*Si Guardián Legal, relación hacia el Paciente: _____

Fecha: _____

OR

_____ Todavía entiendo que deseo revocar la autorización.

FLORIDA E.N.T. & Allergy
Breathe Well. Hear Well. Be Well.

Información del Paciente

Fecha de Servicio ____/____/____

Apellido_____ Nombre_____ I _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: F M Seguro Social _____ □ rechazar

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal_____

Teléfono _____ Celular _____ Correo Electrónico_____

Estado Civil _____ Idioma _____ Raza _____ Etnicidad _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____ Teléfono_____

Doctor Primario/Cabecera: Nombre _____ Teléfono _____ Fax_____

Farmacia de Preferencia: Nombre _____ Teléfono/Intersección_____

Contacto de Emergencia: Nombre _____ Teléfono _____

Información de Guardián (Persona Responsable)

Apellido _____ Nombre _____ Relación al paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: F M Seguro Social _____ □ rechazar

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal_____

Teléfono _____ Celular _____ Correo Electrónico_____

Información del Seguro

Nombre del Seguro_____

Núm. de Identificación _____

Asegurado(a) Primario(a) _____

Fecha de Nacimiento _____

Relación hacia el paciente _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro_____

Núm. de Identificación _____

Asegurado(a) Primario(a) _____

Fecha de Nacimiento _____

Relación hacia el paciente _____

FLORIDA E.N.T. & Allergy
Breathe Well. Hear Well. Be Well.

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Estatura:	Peso:
Alergia a Medicamentos:	Otros Tipos de Alergia:		
Motivo de su Visita:			

HISTORIAL DE CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES ☐ Ver Documentos Adjuntos

Cirugía(s)	Año	Hospitalizaciones	Año

LISTA DE MEDICINAS ☐ Ver Documentos Adjuntos

Favor de anotar **TODAS** las medicinas (con y sin receta) la cual estas tomando con la dosis y frecuencia.

Medicinas	Dosis	Frecuencia	Medicinas	Dosis	Frecuencia

Consumo de Alcohol:	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Ocasionalmente ☐ Socialmente ¿Cantidad Diaria?	
Tabaco:	☐ Nunca ☐ Anteriormente ☐ Actualmente: ☐ Cigarrillos ☐ Cigarro ☐ Pipa ☐ Otro	
¿Cuantos paquetes al día?	¿Cuándo dejaste de fumar?	¿Por cuánto tiempo ha fumado o fumó?

HISTORIAL MEDICO: Favor de indicar si ha tenido o tiene alguna de las siguientes:

☐ Tiroides	☐ Presión Alta	☐ Tuberculosis	☐ Hipertermia Maligna
☐ Dolores de Cabeza	☐ Colesterol Alto	☐ VIH / SIDA	☐ Enfermedad Hematológica
☐ Asma	☐ Problemas del Corazón	☐ Enfermedad Mental	☐ Problemas Gastrointestinal/Estómago
☐ Enfermedad Pulmonar	☐ Enfermedad Renal	☐ Depresión	☐ Hepatitis/Enfermedad del Hígado
☐ Enfisema	☐ Diabetes	☐ Derrame Cerebral	☐ ¿Estás Embarazada?
☐ Enfermedad Cardiaca Reumática	☐ Cáncer	☐ Artritis	☐ Otro: _____

HIISTORIAL FAMILIAR: ¿Tiene familia con alguna de las siguientes condiciones? Especifique madre, padre, hermano, etc.
Diabetes ☐ Enfermedad del Corazón ☐ Derrame Cerebral ☐ Cáncer ☐ Presión Alta ☐ Enfermedad Hematológicas
☐ Otro:_____

SINTOMAS: Por favor indique si tiene o padece de alguna de las siguientes**:**

Constitucional	☐ Visión Borrosa	☐ Pérdida Auditiva	**Gastrointestinal**	**Respiratorio**
☐ Fiebre	☐ Secreciones	**Cardiovascular**	☐ Pérdida de apetito	☐ Asma
☐ Aumento de Peso	☐ Visión Doble	☐ Dolor de Pecho	☐ Náusea o Vómito	☐ Corto de respiración
☐ Pérdida de peso	**Otorrino**	☐ Pálpitos irregulares	☐ Acidez	☐ Tos
☐ Sudor/Escalofríos	☐ Hemorragia Nasal	☐ Soplo Cardiaco	☐ Estreñimiento	☐ Tos con sangre
☐ Fatiga	☐ Ronquera	**Endocrinología**	☐ Dificultad Tragando	**Neurología**
Piel	☐ Silbido en el oído	☐ Hinchazón en las piernas	**Hema/Linfático**	☐ Migrañas
☐ Cáncer en la piel	☐ Alergias	☐ Insomnio	☐ Morados/Moretones	☐ Derrame cerebral
☐ Llagas o Ulceras	☐ Moqueo	☐ Intolerancia al clima	☐ Coágulos de sangre	☐ Parálisis/debilidad
☐ Erupción	☐ Destornudo	☐ Sed excesiva	☐ Anemia	☐ Entumecimiento
☐ Descoloramiento	☐ Dolor de oído		☐ Coágulos en la pierna	☐ Convulsiones
Ojos	☐ Dolor de Garganta			☐ Mareos/Vértigo
☐ Glaucoma	☐ Drenaje del oído			☐ Pérdida de memoria

Certifico haber mencionado todo historial médico que se me conoce. Tengo entendido y me hago responsable de notificar cualquier cambio sobre mi salud. Firma del Paciente: _____Fecha: _____

BIENVENIDOS y GRACIAS por elegir Florida E.N.T. and Allergy para sus necesidades de atención médica.

Tenemos noticias interesantes sobre su cuidado de la salud!!

A medida que continuamos esforzándonos para brindarle a usted, a nuestros pacientes, la más alta calidad de atención y acceso conveniente a sus registros de salud, estamos muy contentos de anunciar que nuestra práctica ahora ofrece un "Portal de Pacientes". Esto le permitirá la oportunidad de usar el poder de la web para rastrear todos los aspectos de su atención médica a través de nuestra oficina.

Como parte de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio implementada por el Gobierno Federal, estamos obligados por ley a proporcionar a nuestros pacientes el acceso a comunicarse con nuestra práctica de forma fácil, segura y segura a través de Internet mediante un "Portal de Pacientes".

Durante su visita, nuestra oficina le proporcionará sus "credenciales de inicio de sesión" personales, que consta de la URL de inicio de sesión, su ID de usuario y su contraseña. Nuestro personal se dedica a asegurar que usted está bien informado con respecto a las características del portal y que tiene acceso antes de salir.
Sin embargo, TIEMPO es de suma importancia para nuestra oficina!

Si por alguna razón, no puede o no quiere acceder al portal mientras está en nuestra oficina, por favor tome unos minutos para ingresar una vez que llegue a casa.

Debido a las regulaciones gubernamentales y las pautas con respecto al Uso Significativo, nuestros pacientes están obligados a iniciar sesión dentro de los 4 días de su visita al consultorio. Sin embargo, aunque tenga acceso a sus registros médicos, tenga en cuenta que nuestros médicos necesitarán tiempo suficiente para completar su resumen de la visita antes de la disponibilidad en el portal.

Si encuentra un problema al completar este proceso, por favor, permita que uno de nuestro personal calificado lo asista llamando a la oficina **(813) 879-8045**.

Una vez más, le damos la bienvenida a nuestro Florida E.N.T. Y familia de la atención sanitaria de la alergia!

Saludos Cordiales,

Los médicos y el personal de

Florida E.N.T. and Allergy