

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Estimado paciente:

¡Bienvenido a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS)! Nuestro equipo de diagnóstico por imágenes se compromete a brindarle una atención compasiva, segura y de alta calidad cerca de su casa.

Para su comodidad, muchos de nuestros servicios de diagnóstico por imágenes se brindan en las mismas clínicas donde ve a sus proveedores de atención médica. Nuestro enfoque integrado ayuda a reducir los viajes y a simplificar la programación de las consultas.

Nuestros equipos de diagnóstico por imágenes trabajan estrechamente con sus médicos, profesionales de práctica avanzada (APP) y equipos de atención para respaldar la obtención de imágenes oportuna y precisa, y la coordinación fluida de su atención. Esta estrecha colaboración ayuda a garantizar que sus resultados se compartan con prontitud y se utilicen para guiar los siguientes pasos en su atención.

Todos los miembros de nuestro equipo de diagnóstico por imágenes se centran en usted y se comprometen a hacer que su experiencia sea lo más tranquila y reconfortante posible.

No dude en hacer preguntas e hacernos saber cómo podemos ayudarlo. Gracias por confiarnos su cuidado.

Atentamente,

Su equipo de Imágenes del Florida Cancer Specialists & Research Institute
FLCancer.com

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
Nombre preferido/apodo:		Fecha de nacimiento:	
Dirección principal:		Número de seguro social (SNN):	
Ciudad, estado, código postal:		Sexo asignado al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer	
Dirección secundaria:		Identidad de género (seleccione una opción): ☐ Hombre ☐ Otro _____ ☐ Mujer ☐ Prefiero no decirlo	
Ciudad, estado, código postal:		Farmacia preferida: _____	
De: _____ Para: _____		Número de teléfono: _____	
Idioma preferido: _____		Dirección de la farmacia: _____	
Origen étnico: ☐ Hispano/a o latino/a ☐ No hispano/a o latino/a		Números de teléfono	
Raza (seleccione todas las opciones que correspondan): ☐ Blanco/a ☐ Negro/a o afroamericano/a ☐ Asiático/a ☐ Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska ☐ Nativo/a de Hawái u otro/a isleño/a del Pacífico ☐ Otro: _____		Particular: _____ Móvil: _____ Otro: _____	
¿Ha servido o sirve actualmente en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? ☐ Veterano ☐ Servicio activo		Contacto preferido: ☐ Particular ☐ Celular ¿Podemos dejar un correo de voz? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Ambos	
Médico de cabecera: _____ Número de teléfono: _____ ¿Ve a su médico de cabecera (primary care physician, PCP) al menos una vez al año? ☐ Sí ☐ No		¿Podemos enviarle un mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No	
Proveedor que emite la derivación (si no es el PCP) Nombre: _____ Número de teléfono: _____		Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____	
		Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un correo electrónico? ☐ Sí ☐ No	
		¿Desea acceder al portal de pacientes en línea? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione la dirección de correo electrónico arriba.	

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros primaria: _____

Nombre del titular de la póliza primario: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Número de póliza/ID del grupo: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan tiene cobertura de recetas? ☐ Sí ☐ No

Compañía de seguros secundaria: _____

Nombre del titular de la póliza secundaria: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Número de póliza/ID del grupo: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: _____

¿El plan tiene cobertura de recetas? ☐ Sí ☐ No

Compañía de seguros de farmacia: _____

Nombre del titular de la póliza de farmacia: _____

Número de póliza de receta/Código para fármacos con receta: _____

Certifico que la información proporcionada es precisa. Notificaré al Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) sobre cualquier cambio tan pronto como estén disponibles. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a FCS de cualquier cambio en mi plan de seguro, o puedo ser responsable del saldo total de mi tratamiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o garante (firma) _____ Fecha _____

MEDIGAP

Solo se aplica a pacientes con seguro secundario a Medicare

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medigap se realice en mi nombre a Florida Cancer Specialists & Research Institute o Rx To Go por cualquier servicio prestado por _____. Autorizo a cualquier persona o empresa que tenga información médica sobre mí a divulgar _____ cualquier información relacionada con esta reclamación de Medicare porque la firma de esta autorización hará que la información de pago de Medicare se cruce automáticamente.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o garante (firma) _____ Fecha _____

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

CONSENTIMIENTO GENERAL Y FINANCIERO

Estimado y apreciado paciente:

Gracias por elegir a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) como su proveedor de atención médica. Nuestros médicos se comprometen a proporcionarle la atención de más alta calidad.

Antes de recibir el tratamiento, lea y reconozca las políticas generales y financieras del paciente de FCS:

- Usted otorga su consentimiento para la prestación de atención médica en cumplimiento con las leyes de sustitución de atención de la salud, que pueden incluir procedimientos de diagnóstico, pruebas de secuenciación de próxima generación y el tratamiento médico que su médico u otro personal médico de FCS consideren necesario. Es posible que se le ofrezcan servicios médicos a través de sistemas de telemedicina que implican la prestación de atención de la salud mediante comunicación electrónica con un proveedor que se encuentra en una ubicación física diferente. Usted otorga su consentimiento para iniciar o recibir comunicaciones tecnológicas con FCS y mis proveedores, incluidos servicios de consulta de un especialista realizado de manera virtual. Usted comprende que mi atención médica y tratamiento pueden ser proporcionados por médicos, incluidos becarios y residentes, estudiantes de salud médicos y asociados, asistentes médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica. Usted ha leído y comprende este consentimiento general para el tratamiento y comprende que no se ha asegurado ninguna garantía con respecto a los resultados que pueden obtenerse.
- Usted acepta proporcionar a FCS su seguro actual y preciso, el programa de beneficios de atención de la salud u otra información del pagador, y notificar inmediatamente a FCS si su cobertura cambia.
 - Comprende que las políticas financieras del paciente de FCS están disponibles en línea en FLCancer.com. Acepta que estas políticas se aplican a usted y que pueden cambiar ocasionalmente sin previo aviso.
 - Usted reconoce que FCS le facturará a su plan o programa de seguro los servicios prestados por FCS y usted acepta que le está otorgando a FCS su derecho a recibir pagos o beneficios de dicha aseguradora o programa y usted autoriza que el pago se realice directamente a FCS.
- Acepta ser responsable del pago a FCS de todos los copagos, deducibles y coseguros aplicables en virtud de su póliza de seguro, plan o programa. Comprende que el pago de dichos montos es pagadero al momento del servicio.
- Según su aseguradora, plan o programa, es posible que algunos servicios no estén cubiertos. Si su seguro no autoriza ni cubre un servicio o tratamiento y, de todos modos, usted decide recibir dicho servicio o tratamiento, usted acepta que es responsable del pago. Esto se aplica a todos los pagadores en conformidad con todas las leyes y reglamentaciones correspondientes y los requisitos del pagador (incluido cualquier "Aviso previo al beneficiario" [advance beneficiary notice, ABN] que pueda ser aplicable en virtud de Medicare).
- Usted autoriza a FCS y a sus agentes a revisar su información de seguros, financiera y de características demográficas con el fin de identificar posibles programas de asistencia financiera para los que podría ser elegible. Esta revisión puede incluir el uso de servicios de terceros para ayudar a determinar la elegibilidad para el apoyo financiero.

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

- Para facilitar el pago de reclamaciones, realizar operaciones internas y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica, FCS usará su información médica personal de manera interna y compartirá dicha información con su póliza de seguro y con ciertos asociados comerciales de FCS de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y otras leyes y reglamentaciones federales y estatales correspondientes.
- FCS posee y opera Rx To Go, una farmacia especializada que proporciona ciertos productos farmacéuticos que pueden ser recetados por su médico de FCS y pueden estar cubiertos por su plan o programa de beneficios médicos o de farmacia (como la parte B o la parte D de Medicare). Usted no está obligado a usar Rx To Go y es posible que sus recetas se surtan donde quiera. Sin embargo, si selecciona Rx To Go para suministrar recetas emitidas por FCS, esta política y todas las demás políticas de responsabilidad financiera del paciente de FCS también se aplicarán a los artículos y servicios que le brinda Rx To Go.
- Usted reconoce que los servicios de laboratorio o radiología pueden ser necesarios como parte de su atención y tratamiento, que pueden ser realizados por médicos clínicos de FCS en sus propias instalaciones. En algunos casos, los servicios pueden ser prestados por instalaciones externas, en cuyo caso usted comprende que puede recibir una factura por separado directamente del proveedor externo.
- Si realiza un pago a FCS que resulta en un excedente en su cuenta (es decir, un saldo de crédito), FCS puede retener ese monto como un depósito contra cargos que están sujetos al procesamiento de reclamaciones en curso o cargos por servicios futuros que están programados, y FCS puede aplicar el excedente contra dichos cargos pendientes o futuros que estén programados. Si queda un excedente después de aplicar todos los créditos, o si al finalizar la atención de FCS queda un saldo de crédito que no está sujeto a devolución a su aseguradora u otro pagador, FCS le reembolsará el saldo de crédito. Sin embargo, usted acepta que cualquier reembolso por debajo de \$10,00 se realizará solo si usted realiza una solicitud por escrito y, en cualquier caso, cualquier saldo de crédito por debajo de \$10,00 se cancelará si no se recibe una solicitud de reembolso dentro de los cinco (5) años posteriores a la finalización de su atención.

☐ HE LEÍDO, COMPRENDO Y ACEPTO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS DEL PACIENTE MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

Una copia está disponible para el paciente a pedido.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o garante (firma)

Fecha

Para uso interno:

Nombre (en letra de imprenta)

Empleado de FCS (firma)

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Consentimiento para comunicación por SMS

☐ Otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS), Rx To Go, LLC y cualquier proveedor autorizado de servicios de mensajes de texto para recordatorios de citas, avisos de facturación y otras actualizaciones relacionadas con la salud. Comprendo que pueden aplicarse tarifas por mensajes/datos y puedo cancelar mi suscripción en cualquier momento al responder "STOP" ("DETENER").

☐ No otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto.

Autorización para una foto para registros médicos

☐ Doy mi consentimiento para que FCS me tome fotografías (digital/foto/video) para incluirlas en mis registros médicos electrónicos (electronic medical record, EMR) con fines de identificación y documentación.

☐ No otorgo mi consentimiento para que se tome una fotografía para mis registros médicos.

Divulgación del consentimiento de información médica

☐ Autorizo a FCS a analizar mi información médica con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

☐ Solicito que toda mi información médica protegida se divulgue ÚNICAMENTE a mí y a ningún otro familiar o amigo.

Paciente (nombre en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____

Paciente (firma) _____ Fecha _____

Aviso de políticas de privacidad

Información genética

Podemos recopilar y utilizar la información genética (como los resultados de pruebas genéticas) como parte de sus registros médicos.

Utilizamos y divulgamos la información genética según lo permitido por la Norma de Privacidad de la HIPAA, incluidos los siguientes fines:

- Tratamiento (como diagnóstico y decisiones de atención)
- Operaciones de atención de la salud (como mejora de la calidad y coordinación de la atención)
- Ciertas actividades de investigación, cuando lo permita la ley

Podemos compartir esta información con otros terceros (socios comerciales) que nos ayudan a manejar nuestra práctica. Estas partes también están obligadas a cumplir con las medidas de seguridad de la Ley HIPAA para proteger su información.

En algunos casos, podemos utilizar o compartir información anonimizada con fines de investigación, análisis u otros fines legítimos, incluidas las colaboraciones con terceros. Estas actividades pueden incluir usos comerciales. La información anonimizada no permite identificarlo y no es posible, de forma razonable, relacionarla con usted.

La participación en las pruebas genéticas es voluntaria. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si las pruebas genéticas son adecuadas para usted.

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido o se le ha informado que tiene derecho recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS).

Este aviso está disponible en copia impresa al solicitar verbalmente una copia en la recepción de cualquier instalación de FCS o al presentar de una solicitud por escrito a la oficina corporativa del Florida Cancer Specialists & Research Institute, 2890 Center Pointe Drive, Fort Myers, FL 33916.

También puede obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad al visitar el sitio web de FCS en FLCancer.com, seleccione la

pestaña Patient Guide (Guía para el paciente), seleccione New Patient Forms (Formularios para pacientes nuevos) y haga clic en Notice of Privacy Policies (Aviso de políticas de privacidad).

☐ Aceptado ☐ Rechazado

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o garante (firma) _____ Fecha _____

Relación con el/la paciente: _____

SOLICITUD DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS

Autorizo al Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) a solicitar una copia de mis registros médicos completos al proveedor que se menciona a continuación:

Nombre del proveedor/de la instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono/fax: _____

Comprendo que al firmar esta autorización, autorizo a FCS a recibir mis registros médicos, psiquiátricos, de VIH, de usos de drogas/alcohol y demás registros de salud confidenciales, a menos que la ley lo restrinja de otro modo. También comprendo que esta autorización es válida hasta que sea revocada por escrito.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o garante: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

ANTECEDENTES MÉDICOS

ALERGIAS

Nombre del medicamento:	Reacción que tiene:
Otros alérgenos:	
☐ Material de contraste para tomografía computada	
☐ Yodo	
☐ Látex	
☐ Otro _____	

MEDICAMENTOS

Mencione todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluya la dosis y la frecuencia. Si tiene una lista impresa, puede proporcionar una copia al consultorio en su lugar.

Nombre del medicamento:	Concentración:	Frecuencia de toma: