



7950 SW 30th Street Ste 201
Davie, FL 33328
5555 Hollywood Blvd Ste 201
Hollywood, FL 33021

DEMOGRAFIA

FECHA: _____ / _____ / _____

NOMBRE DEL PACIENTE (EN IMPRENTA):

FECHA DE NACIMIENTO:

SEGURIDAD SOCIAL #:

☐ HOMBRE ☐ MUJER

DIVORCIADO/

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ A

☐ VIUDO/A ETNICIDAD:

DIRECCIÓN LOCAL:

APTO:

CIUDAD:

ESTADO:

CODIGO POSTAL:

DIRECCIÓN POSTAL:

APTO:

CIUDAD:

ESTADO:

CODIGO POSTAL:

TELÉFONO (CASA):

TELÉFONO (MOVIL):

*** TELÉFONO PREFERIDO #:

CORREO ELECTRÓNICO (SOLO PARA LA CITA):

NOMBRE DEL EMPLEADOR:

OCUPACIÓN:

¿ESTO SE DEBE A UN ACCIDENTE? ☐ SI ☐ NO

FECHA DEL ACCIDENTE:

¿ES ESTO UN ACCIDENTE DE TRABAJO O DE
AUTO? ☐ TRABAJO ☐ AUTO

OTRO:

*** CONTACTO DE EMERGENCIA:

TELÉFONO:

RELACIÓN:

☐ **COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES**

☐ **AUTO**

SEGURO MÉDICO PRIMARIO:

ID:

SEGURO MÉDICO
SECUNDARIO:

ID:

SUScriptor/TITULAR DE LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO:

RELACIÓN CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA DEL SUScriptor:

QUIÉN FUE REFERIDO POR:

SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

TELÉFONO:



7950 SW 30th Street Ste 201
Davie, FL 33328
5555 Hollywood Blvd Ste 201
Hollywood, FL 33021

HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE (EN IMPRENTA):

FECHA DE NACIMIENTO:

QUÉ PARTE DEL CUERPO SE VERÁ HOY:

ALTURA:

PESO:

LIBRAS

¿FUMA USTED?

☐ SI

☐ NO

¿CUANTO?

¿BEBES ALCOHOL?

☐ SI

☐ NO

¿CON QUE FRECUENCIA?

¿ESTÁS EMBARAZADA ACTUALMENTE?:

☐ NO

☐ SI

¿PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN

☐ DIABETES

☐ NEFROPATÍA

☐ COLESTEROL ALTO

☐ ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA

☐ ARTRITIS

☐ PROBLEMAS ESTOMACALES

☐ ACV/ATAQUE CARDÍACO

☐ PROBLEMAS INTESTINALES

☐ ASMA

☐ ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

☐ GOTA

☐ FLEBITIS (COÁGULOS DE SANGRE)

☐ PROBLEMAS TIROIDEOS

☐ HEPATITIS

☐ ÚLCERAS

☐ HERNIA HIATAL

☐ CÁNCER

☐ VIH

¿HAY ANTECEDENTES FAMILIARES DE CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES?

☐ NO

☐ SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁLES CONDICIONES:

¿HAS TENIDO ALGUNA CIRUGÍA EN EL PASADO?

☐ NO

☐ SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL TIPO, LAS FECHAS Y EL CIRUJANO:

¿ALERGIAS A MEDICAMENTOS?

☐ NINGUNA

☐ LÁPIZ

☐ YODO

☐ CODEÍNA

☐ SULFA

OTRAS ALERGIAS (POR FAVOR LISTA):

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE:

FARMACIA:

TELÉFONO:

CIUDAD:



7950 SW 30th Street Ste 201
Davie, FL 33328
5555 Hollywood Blvd Ste 201
Hollywood, FL 33021

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Nuestra política de cancelación establece que cualquier cita programada (ya sea una visita al consultorio o un procedimiento) debe cancelarse con un aviso de 24 horas de anticipación durante el horario normal de atención (de lunes a viernes, de 8:00 a. M. A 4:00 p. M.). Notado como una cancelación proporcionada a nuestra oficina con menos de 24 horas de aviso de la cita programada. **Estas citas perdidas se etiquetan como "ausencia".**

Entendemos que hay momentos en los que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales de la familia. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir la situación en la que otro paciente no cancela y no podemos programarlo para una visita, debido a una agenda de citas aparentemente "llena".

Tenga en cuenta que es política de **Atte SOC** monitorear y administrar la cita "no se presenta".

Los pacientes que no se presenten a una cita programada, sin previo aviso de 24 horas, se considerarán "ausentes".

Los pacientes que sistemáticamente no llegan a más de (1) cita programada se consideran "ausentes" crónicos.

Las citas de "no presentación" incurrirán en las siguientes tarifas

- ❖ **Cita de seguimiento: \$30.00**
- ❖ **Trámite cita: \$150.00**

Tenga en cuenta: esta tarifa no será cubierta por su compañía de seguros. Debe pagar el saldo total de esta tarifa antes de que se pueda programar una cita en el futuro. Los pacientes crónicos que no se presentan están sujetos a ser despedidos de la práctica.

Al firmar a continuación, he revisado lo anterior, entiendo completamente y estoy de acuerdo con los términos proporcionados en este document

Nombre impreso:		Fecha	/	/
Firma del paciente:				



7950 SW 30th Street Ste 201
Davie, FL 33328
5555 Hollywood Blvd Ste 201
Hollywood, FL 33021

POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO

En caso de que se presente un seguro para cirugía u otros servicios prestados a mí, por la presente autorizo a esta oficina a información a mi compañía de seguros y asignar beneficios directamente a **Atte SOC**.

1. LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo o cualquier reclamo relacionado para mi médico, o para mi abogado.

2. PACIENTES ASEGURADOS

Mi médico me notificó que es probable que mi seguro niegue el pago de ciertos artículos (es decir, inyecciones, radiografías, visita al consultorio, equipo médico duradero, etc.) Si mi seguro niega el pago, acepto ser personal y totalmente responsable del pago.

3. FIRMA EN EL ARCHIVO/AUTORIZACIÓN DE POR VIDA

Solicito que se realice el pago de los beneficios médicos autorizados a mi médico por los servicios prestados y cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para cualquier servicio relacionado.

4. Al designar a Akere Atte, MD PharmD para que actúe como mi representante en relación con mi reclamo

o derecho afirmado en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y las disposiciones relacionadas del Título XI de la Ley. Autorizo a Paul Meli, MD a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; para obtener información sobre apelaciones; y recibir cualquier notificación en relación con mi reclamo, apelación, queja o solicitud en mi nombre.

5. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido/o visto una copia de Atte SOC

aviso de prácticas de privacidad.

6. POLÍTICA DE PAGO: El pago vence en el momento en que se prestan los servicios.
POR FAVOR SIN EXCEPCIONES

7. Con mi firma, acepto que Atte SOC y su departamento/agencia de cobros pueden comunicarse conmigo a cualquiera de los números de teléfono que proporcioné para analizar todos los saldos de mi cuenta. Paul Meli Orthopedic también tiene permiso para contactarme por correo electrónico si alguno de mis números de teléfono ha sido cambiado o desconectado.

8. Cualquier saldo impago después de 90 días, será remitido a cobranzas.

Nombre impreso:		Fecha	/	/
Firma del paciente:				