



**Rafael Jimenez, M.D.**  
Cardiology

---

*Por favor* tómesese el tiempo de llenar toda la documentación adjunta y traigala a su próxima visita a nuestra oficina. También debe traer con usted cualquier prueba cardiaca, electrocardiogramas, análisis de sangre y referidos. Si usted no tiene toda la documentación requerida nos veremos en la obligación de cancelar su cita y programar una nueva cita.

*Para su comodidad*, aceptamos **Mastercard, Visa, giros postales o Efectivo. NO SE ACEPTAN CHEQUES.**

*Gracias de antemano por su cooperación.*

302 W. Bass Street • Kissimmee, FL 34741 • (407) 518-7999 • Fax (407) 518-9766



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

Doctor: \_\_\_\_\_

### Forma de Registro del Paciente

Por favor use letra de molde.

Sr. \_\_\_ Sra. \_\_\_ Srta. \_\_\_ Dr. \_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección para Correspondencia (si es diferente a su casa) \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Esposo(a) \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

# Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Persona Responsable del Pago (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cual es su Farmacia? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Esta usted en un hogar de ancianos o para la tercera edad? \_\_\_\_\_ Nombre del hogar \_\_\_\_\_

**Seguro Primario** \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Titular de la Poliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

# Seguro Social del Titular de la Poliza \_\_\_\_\_ (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Titular de la Poliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

# Seguro Social del Titular de la Poliza \_\_\_\_\_ (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**A continuación por favor enumere los Doctores con los cuales podemos compartir su información médica. Esta autorización es válida por un año, a menos que sea revocada por escrito.**

Doctor Medicina General / Familiar \_\_\_\_\_

Doctor Que le Refirio \_\_\_\_\_

Nombres Completos de otros Doctores \_\_\_\_\_

Reconozco que he recibido una copia sobre las prácticas de privacidad (HIPPA).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente





# PRIMED HealthCare P.A.

Providing All Your Health Care Needs.

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE  
Lado 2

Doctor: \_\_\_\_\_

**Nivel de Actividad:** Cuál de las siguientes describe su nivel de actividad física diaria

- Hace Ejercicio Vigorosamente con Regularidad     No hace Ejercicio con Regularidad, Pero Tiene un Estilo de Vida Activo.  
 Hace Ejercicio Moderadamente con Regularidad     Tiene Dificultad con Actividades de la Vida Diaria  
 Hace Ejercicio Ocasionalmente     Requiere Asistencia para Necesidades Basicas

¿Ha Tenido Alguna Vez?	Si	No	Fecha / Año	Lugar (Hospital o Ciudad)	Complicaciones / Problemas
Examen Cardiológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cateterización Cardíaca o Angiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Angioplastia Coronaria (PTCA/Ballon/Stents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Prueba de Esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Marcapaso / Defibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cirugía a Corazón Abierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Estudio Nuclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Prueba Holter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Operaciones / Procedimientos Anteriores	Año	Cirujano	Lugar (Hospital o Ciudad)	Complicaciones / Problemas

Otras Hospitalizaciones (Sin Cirugía)	Año	Doctor	Complicaciones / Problemas

Por Favor Enumere otras Enfermedades o Condiciones Crónicas	Hace Cuanto Tiempo Padece la Enfermedad

## Historia Familiar

Ataque Cardíaco  
Muerte Súbita  
Trombosis  
Aneurisma  
Diabetes  
Cancer  
Hipertensión  
Colesterol Alto  
Fallo del Corazón

Relación	Edad	Edad al Fallecer	Ataque Cardíaco	Muerte Súbita	Trombosis	Aneurisma	Diabetes	Cancer	Hipertensión	Colesterol Alto	Fallo del Corazón
Padre:											
Madre:											
Hermana:											
Hermana:											
Hermano:											
Hermano:											

## Resumen de Síntomas

- Ataque cardíaco. Año(s): \_\_\_\_\_     Falta de Aliento (en reposo).     Pausas en el ritmo cardíaco.  
 Dolor en el Pecho / angina durante actividad física.     Necesita más de una almohada durante la noche para poder respirar.     Diagnóstico previo de arritmia cardíaca.  
 Dolor en el pecho / angina (en reposo).     Fallo cardíaco.     Soplo del corazón.  
 Falta de aliento durante actividad física.     Palpitaciones, ritmo cardíaco irregular.     Prolapso de la válvula mitral.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha de la Firma

Firma del Representante del Paciente

*(Requerido si el paciente es menor de edad o un adulto que no pueda firmar esta forma)*

Relación del Representante del Paciente con el Paciente

---

**Solicitud de Comunicación Confidencial de su Información Médica Protegida**

---

***Por Favor Complete la Información:***

- ¿Podemos dejar mensajes sobre sus **Citas Médicas** con la persona que usualmente contesta sus llamadas?  Si  No  N/A
- ¿Podemos dejar **Mensajes** en su Correo de Voz?  Si  No  N/A
- Por favor enumere las personas con las cuales podemos discutir su Historial Médico.

**Nombre:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Relación:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ***Usted debe informarnos por escrito, si usted desea cambiar la forma en la cual esta oficina se comunica con usted. ¡Gracias!***

Por favor colocar en la Historia Médica del Paciente.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## Norma de pagos

Le agradecemos su uso de **PriMed Healthcare**/consultorio del Dr. Rafael Jiménez como su proveedor de atención médica cardiovascular. Nos dedicamos a prestarle atención médica de alta calidad. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto a las responsabilidades de pago tanto del paciente como del seguro para los servicios prestados, hemos decidido desarrollar y poner en práctica una Norma de pagos. Sírvase leerla, háganos preguntas si las tiene y firme en el espacio en blanco al final. Si usted lo solicita, le daremos una copia.

1. **SEGURO MÉDICO:** Nosotros participamos en la mayoría de los planes de seguro médico, incluso *Medicare*. Si usted no se encuentra asegurado/a por un plan médico con el cual colaboramos, esperamos su pago total en cada visita o al prestarse los servicios. Si usted está asegurado/a por un plan médico con el cual colaboramos pero usted no tiene una tarjeta de la empresa aseguradora actualizada, se requiere el pago total en cada visita o cuando se presta el servicio hasta que podamos verificar su cobertura. El conocimiento de los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Sírvase comunicarse con su empresa aseguradora con las preguntas que pudiera tener.
2. **PRUEBA DEL SEGURO:** Todos los pacientes deben llenar nuestro formulario de información sobre el paciente antes de ver al médico. Nosotros debemos obtener una copia de su licencia de conducir y de su póliza o tarjeta de seguro válida y actualizada como prueba de su cobertura. Si usted no nos proporciona la información correcta sobre el seguro médico de modo oportuno, es posible que usted sea el/la responsable por el saldo pendiente de pago por sus reclamaciones.
3. **PAGOS CONTRIBUYENTES Y LOS DEDUCIBLES:** Todos los pagos contribuyentes (o co-pagos) y los deducibles deben pagarse al prestarse el servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su empresa aseguradora. **Si nosotros no cobramos los pagos contribuyentes y los deducibles de nuestros pacientes, se considerará fraude por parte nuestra.** Por favor, ayúdenos a cumplir con la ley, pagando su pago contribuyente en cada visita o al prestarse el servicio. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, y tarjetas MasterCard, VISA y Discover.
4. **PRESENTACIÓN DE SU RECLAMACIÓN:** Nosotros presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos dentro de lo posible para que podamos razonablemente ayudarle a que se paguen sus reclamaciones. Su empresa aseguradora quizá requiera que usted le dé cierta información directamente. Es responsabilidad suya cumplir con esa solicitud de parte de ésta. Por favor sepa que la cantidad permisible de su empresa aseguradora se le facturará a usted, el miembro del plan, y si usted no cumple con las solicitudes de la empresa, será su responsabilidad pagar ese saldo. Sus beneficios del seguro médico son un contrato entre usted y su empresa aseguradora; nosotros no formamos parte de dicho contrato.
5. **CAMBIOS EN LA COBERTURA:** Si su seguro médico cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita o servicio prestado, para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir beneficios máximos. Si usted no nos proporciona con el o los cambios en la cobertura antes de o al momento de su próxima visita, eso resultará en que la cantidad permisible para nuestros servicios prestados le serán facturados a usted, el miembro del plan, y el pago será su responsabilidad.
6. **PLAN DE PAGOS:** Por favor avísenos si usted tiene dificultad en pagar su cuenta. Es posible que le podamos ayudar estableciendo un plan de pagos basado en sus penurias. En ese caso, se le pedirá firmar un pagaré. Es su responsabilidad cumplir y estar al corriente con los pagos indicados en ese pagaré.
7. **FALTA DE PAGO:** Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento atrasado y usted no ha cumplido con los arreglos estipulados en el pagaré, usted recibirá una carta de nosotros de que usted tiene 30 días para pagar toda su cuenta. No se aceptarán pagos parciales a menos que se hayan negociado con antelación de otro modo. Por favor, sepa que si un saldo queda sin pagar, nosotros transferiremos su cuenta a una empresa de

cobranzas y usted y sus familiares más cercanos serán destituidos de este consultorio. Si esto fuera a ocurrir, se le notificará a usted, por correo normal y correo certificado de que usted tiene 30 días para encontrar otro proveedor de atención médica. Durante ese periodo de 30 días, nuestro médico estará dispuesto a tratarle en caso de una emergencia.

8. **CITAS A QUE FALTA:** Nuestra norma es cobrar por las citas a que se han faltado y que no se cancelaron con 24 horas de antelación. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturará a usted directamente. Por favor ayúdenos a servirle mejor, viniendo a todas las citas regularmente programadas o cancelándolas con suficiente antelación para que podamos servir los requisitos de otro paciente.

Nuestro consultorio médico se dedica a prestarle el mejor tratamiento posible a todos nuestros pacientes. Gracias por su comprensión de nuestra Norma de pagos. Por favor avísenos si usted tiene algunas preguntas o inquietudes.

**He leído y entiendo la Norma de pagos y me comprometo a cumplir con sus directivas.**

---

Firma del paciente o a persona responsable

---

Fecha