

Patient Name: _____

Patient D.O.B. : _____

Conditions of Service

En este documento, **“Paciente”** significa la persona que recibe el tratamiento. **“Representante del Paciente”** significa cualquier persona que actúe en nombre del Paciente y firme como representante del Paciente. El uso de la palabra “yo”, “usted”, “su” o “mi” puede incluir en contexto tanto al Paciente como al Representante del Paciente. a financiero obligaciones "I" o "a mí" puede también, dependiente en el contexto, significar financiero fiador **“Garante”**.

“Proveedor” significa la práctica y puede incluir profesionales de la salud en el personal de la práctica y/o médicos de la práctica, que pueden incluir, entre otros: oncólogos, radiólogos, oncólogos radioterapeutas, Médico Asistentes, Enfermero Practicantes, Social Trabajadores, Conductual Salud Los profesionales, así como ciertos otros profesionales independientes autorizados y cualquier agente, contratista, afiliado, sucesor o cesionario autorizado que actúe en su nombre.

1. **Consentimiento para el tratamiento.** Doy mi consentimiento para los procedimientos que se puedan realizar durante mi atención, incluidos, entre otros, tratamientos o servicios de emergencia, y que pueden incluir procedimientos de laboratorio, radiografías y otros exámenes de diagnóstico por imágenes, procedimientos de diagnóstico u otros tratamientos o procedimientos médicos, de enfermería o quirúrgicos realizados según lo ordenado por el Proveedor. Doy mi consentimiento para permitir que los residentes y otras personas supervisadas inscritas en un programa de educación profesional de atención médica como parte de su capacitación en educación de atención médica participen y/u observen la prestación de mi atención y tratamiento médicos. Además, doy mi consentimiento para que el Proveedor realice pruebas de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, incluidas, entre otras, pruebas de hepatitis, Adquirido Inmune Deficiencia Síndrome (**"SIDA"**) , y Humano Inmunodeficiencia Virus (**"VIH"**) , si un proveedor solicita dichas pruebas o si se solicitan por protocolo. Entiendo que los posibles efectos secundarios y complicaciones de estas pruebas son generalmente menores y son comparables a la recolección rutinaria de muestras de sangre, incluida la incomodidad por el pinchazo de la aguja y/o un ligero ardor, sangrado o dolor en el lugar de la punción. Los resultados De esto La prueba pasará a formar parte de mi historial médico confidencial.
2. **Consentir a fotografías, videos, grabaciones digitales y de audio.** Reconozco que la seguridad de la práctica, la mejora de la calidad, la atención al paciente, las operaciones de atención médica y/o la gestión de riesgos actividades puede incluir fotografías, vídeos, digital o grabaciones de audio, y/o Otras imágenes más, incluidas llamadas telefónicas, que se graban y doy mi consentimiento para que se graben dichas imágenes. Entiendo que el consultorio conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Imágenes y/o grabaciones en cual I soy identificado voluntad solo ser usado y revelado según lo permita la ley.
3. **Acuerdo financiero.** Entiendo que el consultorio puede facturar a una compañía de seguros que ofrezca cobertura. A pesar de todo, en consideración para el servicios prestado y excepto dónde prohibido Por ley, yo (el Paciente o Garante) acepto pagar los servicios que no estén cubiertos y los cargos cubiertos que no hayan sido pagados en su totalidad por la cobertura del seguro, incluidos, entre otros, coaseguros, deducibles, beneficios no cubiertos debido a límites o exclusiones de la póliza, o incumplimiento de los requisitos del plan de seguro. Entiendo que, en caso de que los montos que yo pague sean en última instancia mayores que mi responsabilidad final como paciente, dichos montos pueden aplicarse a la responsabilidad del paciente en otras cuentas no resueltas antes del reembolso. Un estado de cuenta detallado está disponible a pedido y sin cargo.

Patient Name: _____

Patient D.O.B. : _____

Conditions of Service

se proporcionan suministros y servicios a un paciente que tiene cobertura a través de un programa gubernamental o de ciertos planes de seguro médico privados, el centro puede aceptar un pago con descuento. para aquellos suministros y servicios. En este evento cualquier pago requerido de el Paciente o

Condiciones de Página de servicio **1 de 6**

Conditions of Service

Garante voluntad ser determinado por el términos de el gubernamental programa o privado plan de seguro de salud.

4. **Profesional servicios prestado por independiente contratistas y practicantes son no parte de la factura de la práctica.** Entiendo y reconozco que los contratistas independientes y los profesionales de práctica avanzada que me brindan servicios en la práctica no son agentes ni empleados de la práctica. Entiendo que es posible que no vea ni sea examinado por todos los médicos u otros profesionales de práctica avanzada que participan en mi práctica. cuidado; para ejemplo, I Es posible que no vea a los radiólogos o patólogos que participan en mi atención. Entiendo que, en la mayoría de los casos, habrá un cargo por separado por servicios profesionales prestados por estos proveedores y que recibiré una factura por estos servicios profesionales que está separada de la factura por los servicios de práctica.
5. **Relación jurídica entre la práctica médica y los médicos y profesionales de práctica avanzada.** Independiente médicos y avanzado práctica profesionales son responsable por sus propias acciones y la práctica no será responsable de los actos u omisiones de dichos médicos independientes y/o profesionales de práctica avanzada. En la medida en que se imponga a la práctica cualquier deber de realizar cualquier atención, procedimiento, servicio y/o tratamiento, la responsabilidad para El rendimiento de tal atención, procedimiento, servicio y/o El tratamiento es delegado a los profesionales sanitarios correspondientes.
6. **Cesión de Beneficios.** El paciente cede todos los beneficios . de sus derechos y beneficios bajo las pólizas de seguro existentes que brindan cobertura y pago de todos y cada uno de los gastos incurridos como resultado de los servicios y tratamiento prestado por el Proveedor y autoriza directo pago a el Proveedor de cualquier beneficio de seguro que de otro modo sería pagadero al Paciente o en nombre del Paciente por los servicios profesionales, incluidos los servicios de emergencia, si se prestan. Entiendo que cualquier póliza de seguro de salud bajo la cual estoy cubierto puede ser adicional a otra cobertura o beneficios o recuperación a los que pueda tener derecho, y que Proveedor, por inicialmente aceptando seguro de salud cobertura, hace no renunciar a sus derechos de cobrar o aceptar, como pago total, cualquier pago realizado bajo diferentes coberturas o beneficios o cualquier otra fuente de pago que pueda o vaya a cubrir los gastos incurridos por servicios y tratamientos.
Acepto tomar todas las medidas necesarias para ayudar al Proveedor a cobrar el pago de dicha Parte Responsable en caso de que el Proveedor o los Proveedores opten por cobrar dicho pago, lo que incluye permitir que el Proveedor o los Proveedores presenten una demanda contra la Parte Responsable en mi nombre. Si recibo el pago directamente de cualquier fuente para el médico cargos asociado con mi tratamiento reconocer eso él es mi deber y responsabilidad de pagar inmediatamente dichos pagos al(los) Proveedor(es).

I por la presente **irrevocablemente nombrar** el Proveedor como mi autorizado representante a buscar cualquier reclamos, sanciones y recursos administrativos y/o legales por todos y cada uno de los beneficios que me corresponden por el pago de los cargos asociados con los servicios y tratamientos prestados por el Proveedor. Estas acciones autorizadas incluyen apelaciones administrativas y no administrativas de cualquier negación o pago insuficiente de beneficios. o cobertura, litigios, otro formas de resolución de disputas en cualquier foro o para cualquier tipo de compensación (incluida la monetaria y equitativa) disponible según las leyes aplicables, incluyendo, sin limitación, todas las disposiciones de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974, en mi nombre contra cualquier pagador responsable, planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador, asegurador de responsabilidad de terceros o cualquier otro tercero responsable ("**Parte Responsable**") .

Patient Name: _____

Patient D.O.B. : _____

Conditions of Service

También transfiero y asigno al Proveedor todos mis derechos para exigir y recibir la producción o el acceso a cualquier documento o información, incluidas, sin limitación, copias de planes de salud

Condiciones de Página de servicio **2 de 6**

Conditions of Service

documentos y materiales, de cualquier entidad o persona en la máxima medida de mis derechos para hacerlo según mi plan de salud y las leyes aplicables. Los derechos anteriores se asignan en su totalidad sin limitación y sin reserva de cualquier parte o aspecto en esto. Este asignación deber No se interpretará como una obligación de los proveedores de ejercer dicho derecho de recuperación. Reconozco y comprendo que mantengo mi derecho de recuperación contra mi aseguradora o plan de beneficios de salud y la cesión anterior no me priva de dicho derecho.

7. **Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficios.** Certifico que toda la información que proporcione al solicitar un pago según el Título XVIII ("**Medicare**") o el Título XIX ("**Medicaid**") de la Ley de Seguro Social Seguridad Acto es correcto. I pedido pago de autorizado beneficios a ser hecho en mi en nombre del consultorio o del médico por parte del programa Medicare o Medicaid.
8. **Pacientes ambulatorios de Medicare.** Medicare no ofrece cobertura para "medicamentos autoadministrados" o Drogas eso tú normalmente llevar en su propio, con solo a pocos limitado excepciones. Si usted Si obtiene medicamentos autoadministrados que no están cubiertos por la Parte B de Medicare, podemos cobrarle el medicamento. Sin embargo, si está inscrito en un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare, estos medicamentos pueden estar cubiertos de acuerdo con los materiales de inscripción del plan de medicamentos de la Parte D de Medicare. Si paga por estos medicamentos autoadministrados, puede presentar una reclamación a su plan de medicamentos de la Parte D de Medicare para un posible reembolso.
9. **Comunicaciones sobre mi atención médica.** Autorizo que se divulgue mi información médica con el fin de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de atención a los miembros de mi familia y otras personas que designe como responsables. mi cuidado. Proporcionaré los nombres de esas personas en el HIPAA Divulgación Liberar Forma proporcionó a a mí por el Práctica. I aceptar I puede ser Contactado por El proveedor o Un agente de la Proveedor o Un independiente consultorio médico para el propósitos de programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.
10. **Consentimiento para llamadas telefónicas, correo electrónico o Texto Mensaje.** Yo autorizar el uso de cualquier correo electrónico dirección o teléfono número I proporcionar (incluido correo electrónico direcciones o teléfono números eso I proporcionar para mi familia o representantes designados) (ya sea inalámbrico o fijo e incluyendo direcciones de correo electrónico y números de teléfono reenviados o transferidos de la información proporcionada) para recibir información relacionada con mis servicios de atención médica y obligaciones financieras, incluyendo, pero no limitado a: (i) información relacionada con la atención médica, incluyendo recordatorios de citas, instrucciones de alta, instrucciones preoperatorias o posoperatorias, instrucciones de seguimiento, información dietética, información de prescripción, referencias, elegibilidad o cobertura de seguro o plan de salud, seguimientos relacionados con una visita u otra interacción, información sobre mi(s) condición(es), diagnóstico, plan de tratamiento, opciones y capacidades de tratamiento disponibles, materiales de referencia, información sobre programas o servicios que podrían ser de mi interés, invitaciones para participar en encuestas, revisiones o evaluaciones de mi(s) experiencia(s), instrucciones sobre cómo acceder a mi información o registros, o consultas sobre mis preferencias; y (ii) comunicaciones financieras, incluyendo sin limitación, asistencia financiera y evaluación de beneficios, recordatorios de pago, notificaciones morosas, instrucciones y enlaces a la información de facturación del paciente de la práctica.

I expresamente aceptar y consentir eso tú o su cliente servicio personal y recopilación Los

Patient Name: _____

Patient D.O.B. : _____

Conditions of Service

agentes pueden comunicarse conmigo por teléfono, en una línea grabada y/o utilizando tecnología de marcación automática, a cualquier número de teléfono que haya proporcionado o que usted o su personal de servicio al cliente y agentes de cobranza hayan obtenido o, a cualquier número reenviado o transferido desde ese número, con respecto a los servicios prestados, o mio relacionado financiero obligaciones. yo representar (si yo no soy el paciente) que

Condiciones de Página de servicio **3 de 6**

Conditions of Service

I Estoy autorizado por el paciente a recibir llamadas, texto mensajes o correo electrónico mensajes en su nombre y eso I soy involucrado en ayudando en el del paciente cuidado y/o pago. Métodos de contacto puede incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. Declaro que soy el titular de la cuenta de cualquier número de teléfono que pueda proporcionar y soy responsable de notificar al Proveedor sobre cualquier cambio o actualización de dicho número de teléfono.

Entiendo que los correos electrónicos y los mensajes de texto no están cifrados y que existe cierto riesgo de que la información incluida en los mensajes no cifrados, incluidos los correos electrónicos y los mensajes de texto, pueda ser interceptada o recibida por terceros no deseados y/o almacenada o archivada por nuestros proveedores de servicios. y sistema operadores . Información incluido en semejante mensajes puede incluir su nombre, fecha/hora de equipo, médico/práctica nombre, médico/práctica especialidad, paciente número de cuenta u otra información relacionada con su obligación financiera o nuestros servicios. Es posible que se apliquen tarifas por mensajes y datos a los mensajes de texto. Es posible que se encuentren términos adicionales sobre mensajes de texto en el sitio web del Proveedor y que se actualicen periódicamente. Para dejar de recibir un determinado mensaje de texto tipo (por ejemplo, posterior mensajes acerca de mi tratamiento plan), lo entiendo que puedo optar por no recibir mensajes adicionales de ese tipo, notificando al Consultorio por escrito mi deseo de optar por no recibir ese tipo de mensaje, pero puedo seguir recibiendo mensajes de texto de otros tipos sujeto a una notificación de exclusión por separado.

- 11. Uso y divulgación de información.** Doy mi consentimiento para que los proveedores utilicen y divulguen información médica sobre mí con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, salud pública y otros fines permitidos por la ley aplicable. La información cubierta por este consentimiento incluye específicamente, sin limitación, historial y registros físicos, registros de emergencia, informes de laboratorio, reclamos de farmacia e historial de prescripciones, notas del consultorio del médico, notas de enfermería, resúmenes de alta, información genética, información psicológica, información psiquiátrica, discapacidad intelectual información, y información acerca de sustancia abuso trastorno y químico condiciones de dependencia y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA. Este consentimiento se aplica, sin limitación, a los usos y divulgaciones para coordinar la atención o para fines de gestión de casos; a cualquier persona o entidad responsable o involucrada en el pago en nombre del Paciente, incluso para verificar la cobertura; y al designado de mi empleador cuando los servicios prestados estén relacionados con un reclamo de compensación laboral. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid , autorizo la divulgación de mi información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportistas para el pago de un reclamo de Medicare o al organismo estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. El proveedor participa, o puede participar en el futuro, en Intercambios de Información de Salud (HIE) u otras organizaciones con proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para compartir información de salud para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines permitidos por la ley. A menos que notifique al Proveedor por escrito que deseo optar por no participar, consentir A la información de salud acerca de yo siendo compartido con participantes en HIE y otras organizaciones como se describe anteriormente.

12. Otro Expresiones de gratitud.

- **Personal Valores.** I entender eso el práctica deber no ser responsable para el

Patient Name: _____

Patient D.O.B. : _____

Conditions of Service

pérdida de o daños a cualquiera de mis propiedades (sin importar si están colocadas en casilleros, etc.).

- **Armas/Explosivos/Drogas.** I entender y aceptar eso si el práctica en en cualquier momento

Condiciones de Página de servicio **4** de **6**

Patient Name: _____

Patient D.O.B. : _____

Conditions of Service

cree que puede haber un arma, un dispositivo explosivo, una sustancia o droga ilegal, o cualquier bebida alcohólica bebida en mi persona o con mi pertenencias, el práctica puede terminar La relación práctica/paciente.

- 13. Aviso de Privacidad Prácticas.** I reconocer eso I tener recibió el práctica Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que el Proveedor puede usar y divulgar mi información médica. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el Proveedor y/o los socios comerciales del Proveedor . Entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad del consultorio designado en el aviso si tengo una pregunta o una queja.

Reconocer: _____ **(Inicial)**

- 14. Reconocimiento de la Notificación de Derechos y Responsabilidades del Paciente.** Se me ha proporcionado una Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente que garantiza que se me tratará con respeto y dignidad y sin discriminación o distinción por edad, género, discapacidad, raza, color, ascendencia, ciudadanía, religión, embarazo, orientación sexual, identidad o expresión de género, nacionalidad, origen, médico condición, marital estado, veterano estado, pago fuente o capacidad, o cualquier otra base prohibida por la ley federal, estatal o local. Entiendo que puedo proporcionar una directiva anticipada al proveedor y que puedo solicitar información sobre cómo formular una directiva anticipada en el momento del registro o posteriormente.

Reconocer: _____ **(Inicial)**

- 15. Reconocimiento:** Se me ha dado la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información. contenido en este forma, específicamente incluido pero no limitado a el financiero disposiciones de obligación y disposiciones de cesión de beneficios, y reconozco que no tengo preguntas o que mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción y que he firmado este documento libremente y sin otro incentivo que la prestación de servicios por parte de los Proveedores.

Reconocer: _____ **(Inicial)**

Fecha:	Yo, el abajo firmante, como Paciente o Representante del Paciente, o, en el caso de un Paciente menor de edad o incapacitado, como tutor legal, por la presente certifico que he leído y entiendo total y completamente estas Condiciones de los Servicios de Práctica Médica, y que he firmado estas Condiciones de los Servicios de Práctica Médica de manera consciente, libre y voluntaria, y acepto estar sujeto a sus términos. No he recibido promesas, garantías ni garantías de nadie. como a el resultados eso puede ser obtenido por cualquier médico tratamiento o servicios. Si la cobertura del seguro es insuficiente, se niega por completo o no está disponible por algún otro motivo, abajofirmante está de acuerdo a pagar todo cargos no pagado por el asegurador.
Tiempo:	

Patient Name: _____

Patient D.O.B. : _____

Conditions of Service

Paciente/Paciente Representante Firma: incógnita _____ Si tú son no el Paciente, por favor identificar Su relación con el paciente. (Marca relación(es) de lista abajo): ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Vecino/Amigo ☐ Hermano ☐ Cuidado de la salud Fuerza de Abogado ☐ Garante ☐ Otro (por favor especificar): _____	Testigo Firma y Título: incógnita _____ _____ Firma y título del testigo adicional: (requerido) para Pacientes incapaz a firmar sin Un representante o Pacientes OMS rechazar a firmar) incógnita _____ _____ <i>Estándar De acuerdo 24/7/10</i>
---	---



PACIENTE CONFIDENCIAL INFORMACIÓN

Paciente Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____
Social Seguridad # _____ Femenino _ Masculino _____ Elige No a Revelar _____
Correo electrónico DIRECCIÓN _____
Calle DIRECCIÓN _____ Ciudad _____
_____ CREMALLERA _____ Habilidad Enfermería / Rehabilitación DIRECCIÓN _____
_____ Ciudad _____ CREMALLERA _____ Hogar Teléfono Número _____
_____ Móvil Teléfono _____ Otro Teléfono _____ Nombre de Empleador _____
Ocupación _____ Del empleador DIRECCIÓN _____
_____ Teléfono Número _____ Nombre de Cónyuge _____
_____ Teléfono Número _____
Cónyuge Empleador _____ Teléfono Número _____
Más cerca Amigo o Relativo _____ Relación _____
DIRECCIÓN _____ Teléfono Número _____
Seguro : Sí _____ NO _____ Atención médica # _____ Medicaid # _____
Primario Seguro : _____ Grupo # _____ Política # _____
Secundario Seguro : _____ Grupo # _____ Política # _____
Nombre de Asegurado _____ Relación _____
Preferido Hospital _____ Hospital Ubicación _____

LIBERAR DE INFORMACIÓN Y PAGO A MÉDICO

En orden a entregar a afirmar para pago para cubierto servicios, nosotros debe tener autorización a liberar médico información a su seguro transportador.

SEGURO MÉDICO DEL ESTADO Y SEGURO DE ENFERMEDAD

I certificar eso el información dado por a mí en aplicando para pago bajo Título XVIII de el Social Seguridad Acto es correcto. I autorizar un titular de médico o otro información acerca de a mí a liberar a el Social Seguridad Administración o es intermediarios o Portadores cualquier información necesaria para este o a relacionado Seguro médico del estado afirmar. I pedido eso pago de autorizado beneficios ser hecho en mi beneficio. I asignar El beneficios pagaderos para médico servicios a el médico o organización mobiliario el servicios o autorizar semejante médico o organización a entregar un reclamo a Medicare para que me paguen.

TODO OTRO SEGURO

I por la presente autorizar Medio Florida Hematología & Oncología Centros, Pensilvania a entregar a afirmar a mi seguro transportador o es intermediarios, para Todo cubierto servicios prestado por el médico(s) y autorizar y directo mi seguro transportador o es intermediarios a asunto pago cheques directamente al(los) médico(s) que prestan los servicios cubiertos.

AUTORIZACIÓN A USAR Y REVELAR INFORMACIÓN

I autorizar Centros de cáncer de Mid Florida a usar, revelar y proporcionar mi personal salud información, incluido pero no limitado a, información acerca de el servicios prestado a mí, como puede ser solicitado por mi seguro transportador o es intermediarios, y a aquellos proveedores de es tratamiento, pago, y salud operaciones de cuidado y como descrito más completamente en el Medio Florida Hematología & Oncología Centros, Pensilvania escrito Aviso de Privacidad Prácticas cual Me han proporcionado una copia de . más aceptar eso I soy responsable para pago cualquier Saldos cual permanecer después seguro pagos tener estado hecho.

Paciente Firma _____ Fecha _____

Cónyuge Firma _____ Fecha _____

Paciente Derechos & Responsabilidades

PACIENTE DERECHOS

En **los Centros de Cáncer de Mid Florida** Creemos que la protección y el apoyo de los derechos humanos básicos de libertad de La expresión, la decisión y la acción son importantes. hacia cicatrización y bienestar De nuestro pacientes. Por lo tanto, nos esforzamos por tratar a los pacientes con respeto y con pleno reconocimiento de la dignidad humana. Las decisiones sobre cuidado de la salud tratamiento voluntad no ser basado en carrera, credo, sexo, nacional origen, edad, discapacidad o fuentes de pago. Como paciente de Mid Florida Cancer Centers, usted tiene derecho a:

1. Ser completamente informado en avance acerca de cuidado/servicios a ser proporcionó a tú, incluido el alcance de atención/servicios planificados y cualquier limitación específica, la frecuencia esperada de visitas.
2. Ser informado de su financiero responsabilidad para cualquier cuidado/servicio.
3. Participar en el desarrollo y periódico revisión o modificación de su plan de cuidado.
4. Rechazar cuidado, servicios o tratamiento despues ser completamente presentado el consecuencias de negándose cuidado, servicios o tratamiento.
5. Recibir información acerca de el creación de Avanzado Directivas al pedido.
6. Ser tratado con respeto, consideración, y reconocimiento de su dignidad y individualidad.
7. Ser gratis de mal trato, descuido, o verbal, mental, sexual, y físico abuso.
8. Voz quejas/reclamos acerca de tratamiento o cuidado o falta de respeto a su propiedad, recomendar cambios en políticas, personal o atención/servicio sin discriminación ni represalias.
9. Que sus registros y comunicaciones sean tratados como confidenciales. Recibirá un “Aviso de Privacidad Prácticas” eso explica su privacidad derechos en detalle y cómo nosotros puede usar y revelar su información de salud protegida.
10. Recibir adecuado cuidado sin discriminación en conformidad con su proveedores órdenes.
11. A tener su familia llevar parte en su cuidado Decisiones con su permiso expreso .
12. A Solicitar y/o recibir asistencia lingüística, es decir, servicios de interpretación, si tiene una barrera lingüística. o audiencia discapacidad. Este voluntad ser proporcionó en No costo a tú a ayuda tú activamente participar en tu cuidado.
13. Ser completamente informado de tus responsabilidades.

PACIENTE RESPONSABILIDADES

Su contribución a su salud cuidado es vital, y tú poder ser involucrado en el salud cuidado proceso por Cumplir con ciertas responsabilidades. Como paciente, usted o su representante designado (si tiene uno) tienen la responsabilidad de:

1. Entregar formas, seguro tarjetas o otro documentos eso son necesario a recibir servicios o cuidado De la práctica.
2. Mantener equipo programado con su cuidado de la salud proveedor. Si tú necesidad a Cancelar un cita, Debe hacerlo lo antes posible, al menos 24 horas antes de la hora de su cita, cuando sea posible.
3. Proporcionar preciso médico, farmacia y contacto información y cualquier cambios a semejante información:
 - Proporcionar, a el mejor de su capacidad, preciso y completo información acerca de su presente condición, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud, incluida información sobre su hogar y trabajo que puedan afectar su capacidad para seguir el tratamiento propuesto.
 - Decir su cuidado equipo si tú tener un Avanzado Directiva y el intención él contiene.
 - Notificar su cuidado equipo de cualquier potencial lado efectos y/o Complicaciones eso tú experiencia.
 - Decir su cuidadores acerca de cualquier cambios en su salud.
4. Mantener cualquier equipo proporcionó a tú por **Centros de cáncer de Mid Florida**, si aplicable.
5. Notificar Personal de **Mid Florida Cancer Centers** de cualquier preocupaciones acerca de el cuidado o servicios prestados.
 - Preguntar preguntas entonces eso tú puede entender su salud problemas y qué a razonablemente esperar Durante su tratamiento.
 - Preguntar preguntas si tú hacer no entender o necesidad Más información.
6. Hacer Informado Decisiones
 - Si tú son incapaz a hacer Decisiones acerca de su cuidado, su legalmente fijado persona que toma decisiones tiene la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica que sean coherentes con sus valores y objetivos de vida.
7. Participar en su cuidado y seguir el instrucciones para tomando medicamento como Dirigido.
8. Seguir el mutuamente acordado a tratamiento plan desarrollado con su proveedor.
 - Expresar cualquier preocupaciones acerca de su capacidad a entender o cumplir con a propuesto curso de tratamiento.
 - Tú son responsable para el resultados si tú rechazar tratamiento o hacer no seguir su cuidado instrucciones del proveedor .
 - Permanecer adherente a su tratamiento plan, y trabajar con su **Centros de cáncer de Mid Florida equipo** de atención para abordar cualquier obstáculo que pueda impedirle seguir su plan de atención.

9. Aceptar Financiero Responsabilidades

- Proporcionar información necesario para reclamos tratamiento y mantener personal y financiero integridad con respecto a los servicios de atención médica prestados en su nombre.
- Tú son responsable para reunión su financiero responsabilidad para cualquier cantidades requerido por su compañía de seguros o cualquier atención o servicio no cubierto por su seguro.

10. Apoyo **Centros de cáncer de Mid Florida** políticas eso aplicar a paciente cuidado y conducta:

- Tratar a todo el personal **de Mid Florida Cancer Centers** , a otros pacientes y a los visitantes con cortesía y respeto. Seguir todo Normas **de los Centros de Cáncer de Mid Florida** y seguridad reglamentos, y Tenga en cuenta los niveles de ruido, la privacidad y la cantidad de visitantes.
- Respeto el privacidad y confidencialidad de otro Pacientes.
- Abstenerse de usando a elegante dispositivo a registro su experiencia en audio, video, o fotografía formato En la práctica sin el consentimiento de Todos los involucrados incluido **Centros de cáncer de Mid Florida** médicos, enfermeras y otro personal.
- Expresar cualquier necesidades tú puede tener, entonces nosotros poder proporcionar razonable alojamiento.
- Informar el cuidado de la salud equipo cuando tú tener asuntos o preocupaciones relacionado a su seguridad.

11. Paciente Conducta

- Paciente es responsable para su comportamiento y es sujeto a ser descargado de el práctica para cualquier comportamiento agresivo, beligerante o degradante hacia el personal.

Firma del paciente: _____

Fecha _____

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS Y
AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA**

Fecha _____ Nombre del paciente _____

Por firma abajo, I reconocer eso I tener recibí a Copiar de el Aviso de Privacidad Prácticas.

Firma de Paciente o Personal Impresión representativa

Nombre de Paciente o Personal Representante

Descripción de Personal Representante Autoridad

Contacto Información para Personal Representante:

Dirección:

Teléfono Número:

Día

Tarde

I autorizar Medio Florida Hematología y Oncología Centros, Pensilvania a compartir mi médico información con el siguiente:

Nombre

Relación

Teléfono Número

Nombre

Relación

Teléfono Número

Nombre

Relación

Teléfono Número

Nombre

Relación

Teléfono Número

Este autorización voluntad permanecer en efecto de el fecha él es firmado hasta I Cancelar
él en Escrito. Al firmar a continuación, reconozco que he revisado y comprender este
formulario de autorización.

Paciente Nombre

Fecha

PACIENTE DIVULGACIÓN A LIBERAR NUESTRO ARCHIVOS

PACIENTE NOMBRE: _____ FECHA: _____

Fecha de nacimiento: _____ SEGURIDAD SOCIAL # _____

HACER TÚ VIVIR EN UN ASISTIDO VIVIENDO INSTALACIÓN O A ENFERMERÍA HOGAR _____ SI _____ NO

I AUTORIZAR MEDIO FLORIDA HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CENTROS, PA PARA LIBERAR MIS REGISTROS EN SU TOTALIDAD A :

POR FAVOR FAX ARCHIVOS A _____

Objetivo de Divulgación:

☐ Continuo cuidado con otro médico o Personal del hospital

☐ Copiar

Otro: _____

I entender eso:

1. Este autorización permanecerá en efecto para 365 días
2. I puede revocar este autorización en cualquier tiempo en escribiendo, pero si I hacer, él voluntad no afectar cualquier comportamiento tomado previo a recepción la revocación.
3. I puede rechazar a firmar este autorización y eso él es estrictamente voluntario.
4. Si el Solicitante o receptor es no a salud plan o salud cuidado proveedor, el liberado información puede No más extenso ser protegido por las regulaciones federales de privacidad y puede ser divulgada.
5. Si I hacer no firmar este forma, mi salud cuidado y el pago para mi salud cuidado voluntad no ser afectado .
6. I entender eso I puede ver y obtener a Copiar de el información descrito en este forma, para a razonable Copiar tarifa, o si I preguntar Para ello
7. Copiar honorarios para archivos son 0,25c por página arriba a 100 páginas. Archivos encima 100 páginas voluntad ser metido en a desct. Discos incurrir en a cargo de \$25.00. El pago debe realizarse al momento de retirar los registros.
8. I voluntad recibir a Copiar de este forma después I firmar él.

Firma del paciente : _____ Fecha: _____

Representante Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Firma

del testigo: _____ Fecha: _____

PACIENTE DIVULGACIÓN A PEDIDO ARCHIVOS

NOMBRE _____ DEL PACIENTE : FECHA: _____

Fecha de nacimiento: _____ SOCIAL SEGURIDAD # _____

I AUTORIZAR EL SIGUIENTE MÉDICO(S), FARMACIA(S) Y/O HOSPITALES A LIBERAR MI MÉDICO ARCHIVOS EN SU TOTALIDAD O COMO
SE INSTRUYE A CONTINUACIÓN A:
MEDIO FLORIDA HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CENTROS, Pensilvania

I entender eso:

1. Este autorización voluntad permanecer en efecto para 365 días
2. I puede revocar este autorización en cualquier tiempo en escribiendo, pero si I hacer, él voluntad no afectar cualquier comportamiento tomado previo a recepción la revocación.
3. I puede rechazar a firmar este autorización y eso él es estrictamente voluntario.
4. Si el Solicitante o receptor es no a salud plan o salud cuidado proveedor, el liberado información puede No más extenso ser protegido por las regulaciones federales de privacidad y puede ser divulgado .
5. Si I hacer no firmar este forma, mi salud cuidado y el pago para mi salud cuidado voluntad no ser afectado .
6. I entender eso I puede ver y obtener a Copiar de el información descrito en este forma para a razonable Copiar tarifa.
7. I voluntad recibir a Copiar de este forma después I firmar él.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

del representante : _____ Fecha: _____

Relación a Paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____



Legal Primero Nombre _____ Apellido _____

Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de domicilio _____

 Calle Ciudad Estado Código Postal

Números de teléfono (H) _____(C) _____(W) _____

Dirección de correo electrónico _____

____ Sexo Asignado en Nacimiento ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Intersexual ☐ Otro

por favor especificar: _____ ☐ Elegir no a revelar

Género Identidad ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ Trans-Masculino ☐ Trans-Mujer ☐ Otro

Pronombres preferidos ☐ Él/Él ☐ Ella/Ella ☐ Ellos/Ellos ☐ Otra _____

_____orientación sexual ☐ Bisexual ☐ Gay o lesbiana ☐ Heterosexual

Otro _____ ☐ Elija no revelar

Carrera (Seleccionar todo eso aplicar) ☐ asiático ☐ Negro o africano Americano ☐ latino/ Latina/ Latinx ☐ Nativo Americano o Primer americano

☐ Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico ☐ Oriente Medio ☐ norteafricano ☐ Blanco Otro _____ ☐ No deseo revelar

Etnia _____ Idioma preferido _____

la farmacia : _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

de la farmacia _____

☐ *Por favor controlar si pedido por correo
farmacia .*

Son tú actualmente en Oxígeno (O₂) ? ☐ Sí ☐ No

Medicamento	Dosificación (ex. mg. (ml.))	¿Con qué frecuencia?	Cuando ¿prescrito?

Nombre legal _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Alergias

Látex Alergia ☐ Sí ☐ No

Son tú alérgico a cualquier ¿medicamentos? ☐ Sí ☐ No Si Sí, por favor lista el medicamento (*incluir tintes o contrastes*) y tipo de reacción:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿Tiene alguna otra alergia que le gustaría que sepamos ? Indíquela a continuación:

1. _____
2. _____

Hospitalizaciones

Por favor lista todo hospitalizaciones dentro el pasado 2 años

Fecha	Razón para Hospitalizaciones	Dónde	Doctor

Cirugías/Procedimientos

Por favor lista todo cirugías y procedimiento detalles y año ocurrido (p.ej marcapasos, extracciones dentales)

Fecha	Tipo de Cirugía o Procedimiento	Dónde	Doctor

Anterior Tratamiento para Cáncer (si aplicable)

Radioterapia_____

Quimioterapia/Inmunoterapia/Terapia dirigida

_____Tera

pia hormonal_____

Sangre Transfusiones

Tener tú alguna vez tenía a sangre ¿transfusión? ☐ Sí ☐ No Si Sí, hizo tú tener a ¿reacción? ☐ Sí

Por favor controlar si tú tenías o actualmente tener cualquier de el siguiente.

☐ Anemia		☐ Alto Colesterol	
☐ Ansiedad		☐ Ictericia/Hepatitis Tipo:	
☐ Artritis		☐ Riñón Enfermedad	
☐ Asma		☐ Hígado/vesícula biliar Enfermedad	
☐ Sangre Trastorno/Sangre Coágulos		☐ Sarampión/Paperas/Rubéola/Polio Viruela	
☐ Vejiga Problemas		☐ Mental Enfermedad	
☐ Cáncer tipo:		☐ Migraña o Dolores de cabeza frecuentes	
☐ Crónico Dolor		☐ Sexualmente Transmitido Infecciones (Herpes, VIH)	
☐ Colitis/enfermedad de Crohn Enfermedad		☐ Convulsión Trastorno	
☐ Autoinmune Trastorno (ex. Lupus)		☐ Piel Enfermedad (eczema, soriasis, urticaria)	
☐ EPOC/enfisema		☐ Ataque	
☐ Congestivo Corazón Falla		☐ Problema de tiroides	
☐ Depresión		☐ Otro médico problemas no listado. Lista abajo.	
☐ Diabetes			
☐ Corazón Condición (fibrilación auricular , Corazón Ataque)			
☐ Alto Sangre Presión			

Examen/Vacuna Historia

Por favor lista el **mes o año** tú último tenía:

Vacuna contra la gripe: Vacuna _____ contra la neumonía : Vacuna _____ contra la hepatitis Vacuna _____
 Prueba de tuberculosis y _____ tétanos Disparo _____

Herpes Disparo _____ Examen rectal _____ Colonoscopia/sigmoidea Examen _____o análisis de sangre en heces__

Vacuna contra el Covid-19 (última dosis) _____Nombre de la marca:_____

Lista **mes/año** tú último tenía:

Último examen de PSA _____ Último examen de próstata: _____

Edad del primer período menstrual _____ Si todavía está menstruando, fecha del último período _____

Edad en menopausia _____ Tener tú alguna vez tomado nacimiento control pastillas? ☐ Sí ☐ No Si es así, cómo largo? ____Años

¿Utiliza usted actualmente algún método anticonceptivo? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿de qué tipo? _____

Ha tomado alguna vez tratamientos farmacológicos para la fertilidad? ☐ Sí ☐ No

Tener tú alguna vez tomado hormona ¿reemplazos? ☐ Sí ☐ No Sí, cómo ¿largo? _____Años

¿Está tomando actualmente terapias de reemplazo hormonal? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué tipo? _____

Número de embarazos _____Número de nacidos vivos _____Edad en el primer parto _____

Hizo tú ¿amamantar? ☐ Sí ☐ No Si Sí, cómo ¿largo? _____

¿Te han hecho una histerectomía? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuándo? ¿ _____
 Están intactos sus ovarios? ☐ Si ☐ No Si no, ¿cuándo se eliminaron? _____

Lista mes/año tú el último tuvo:

Papilla Prueba _____ ☐ Normal ☐ Anormal Mama Examen _____ ☐ Normal ☐ Anormal

Mamografía _____ ☐ Normal ☐ Anormal

Hacer tú llevar a cabo mensual auto-pecho ¿examen? ☐ Sí ☐ No

SOCIAL HISTORIA

Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja de hecho

Viviendo Acuerdo ☐ Solo ☐ Con cónyuge ☐ Con significativo otro o Compañero de cuarto

☐ con vivienda supervisada ☐ Otro _____

Hacer tú tener cualquier de ¿ la siguiente?

☐ Órgano Tarjeta de donante ☐ Poder Judicial para Atención Médica ☐ Poder de

Abogado ☐ Viviendo ¿Si lo hará? usted ha firmado alguno de estos documentos

legales, Por favor trae Copias para tu próxima cita. ¿Quieres más información

sobre alguno de estos? ☐ Sí ☐ No

Hacer tú tener Médico Fuerza de Abogado, Viviendo Voluntad, o Fuera del hospital Hacer No Resucitar ¿Formularios? ☐ Sí ☐ No

Avance Cuidado Planificación (ACP) es un en curso proceso de aprendiendo acerca de el opciones nosotros cada tener para nuestro futuro médico cuidado.

Quería tú como más información acerca de Avance Cuidado ¿Planificación? ☐ Sí ☐ No

Es allá alguien OMS tú quería como a lista como su primario contacto acerca de su ¿cuidado de la salud? ☐ Sí ☐ No

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

_____ ¿Es usted actualmente? ¿empleado? ☐ Sí ☐ No ☐ Jubilado

Ocupación (anterior si está jubilado) _____ Empleador _____

_____ ¿Es usted un ¿Veterano? ☐ Sí ☐ No

Hacer tú ahora o hizo tu alguna vez:

Fumar cigarrillos/puros/pipas/vapeo/masticar ¿tabaco? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, número de paquetes/día _____ # de años _____

¿Cuando dejaste? _____ ¿Consumir alcohol? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, número de bebidas al día _____ Bebidas/semana _____

¿Cuando dejaste? _____ ¿Consumir cannabis? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, # veces/día _____ # veces/semana _____

¿Cuando dejaste? _____ ¿Consume drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No

Si es así ¿cuales? _____ ¿Cuando dejaste? _____

REVISAR DE SÍNTOMAS

Por favor Completo por De cheques **Sí o No** a Todo Eso Aplicar

<u>CONSTITUCIONAL</u>	Y	norte	<u>RESPIRATORIO</u>	Y	norte	<u>PSIQUIÁTRICO</u>	Y	norte
Peso Pérdida			Tos			Ansiedad / Depresión		
Fatiga			Tos Subir la sangre			<u>ENDOCRINO</u>	Y	norte
Fiebre			Falta de Respira con/ esfuerzo en descansar			Hipertiroidismo		
Escalofríos			Sibilancia			Hipotiroidismo		
Sudores			<u>GASTROINTESTINAL</u>	Y	norte	Pérdida de Cabello		
Apetito			Acidez			Calor/Frío Intolerancia		
<u>HEMATOLOGÍA/LINFÁTICA</u>	Y	norte	Náuseas / Vómitos			Cambiar en Clavos		
Fácil Moretones/sangrado			Constipación			<u>INMUNOLÓGICO</u>	Y	norte
Engrandecido Glándulas			Cambiar en Intestino Hábitos			Heno Fiebre / Asma		
<u>OJOS</u>	Y	norte	Diarrea			Urticaria / Eczema		
Anteos / Contactos			Dificultad Tragar			<u>FEMENINO SOLO</u>	Y	norte
Ojo Dolor			Abdominal Dolor			Fecha de último periodo:		
Borroso Visión			Oscuro / Negro Heces			Menopausia		
Glaucoma			<u>GENITOURINARIO</u>	Y	norte	Reciente Vaginal Descargar		
Cataratas			Dolor Orinar			Hacer tú llevar ¿hormonas?		
<u>OREJA, NARIZ, GARGANTA</u>	Y	norte	Incendio			Son tú ¿embarazada?		
Dificultad Audiencia			Sangre en Orina			Número de embarazos:		
Zumbido en Oídos/Tinnitus			Dificultad Orinar			Menstrual Periodos ¿Regular?		
Vértigo / Mareo			Historia de Riñón Piedra			Anormal Vaginal Sangría		
Seno Problema			Historia de ETS			Hacer tú llevar nacimiento control pastillas ?		
Nasal Mala ventilación			Anormal Descargar			Pélvico Dolor		
Frecuente Doloroso Garganta			<u>MUSCULOESQUELÉTICO</u>	Y	norte	Mama Masa		
Ronquera			Articulación Dolor/hinchazón			Ternura		
Boca Llagas			Rigidez			Pezón Descargar		
<u>CARDIOVASCULAR</u>	Y	norte	Músculo Dolor					
Murmullo			Dolor de espalda					
Pecho Dolor			<u>PIEL</u>	Y	norte			
Palpitaciones			Sarpullido/llagas					
Mareo o Desmayo Hechizos			Picazón/ardor					
Falta de Aliento			<u>NEUROLÓGICO L</u>	Y	norte			
Dificultad Mintiempo Departamento			Convulsiones					
Hinchazón Tobillos / Otro			Debilidad/Parálisis					
Hipertensión (Alto presión arterial)			Entumecimiento					
Hipotensión (Bajo presión arterial)			Temblores					
			Memoria Pérdida					



Todo Tratamiento Médicos

Por favor lista cualquier médicos eso son involucrado con Tu cuidado:

Referente Médico: _____

Atención primaria: _____

Manejo del dolor: _____

Cardiología: _____

Neumólogo: _____

Nefrólogo: _____

Urólogo: _____

Gastroenterólogo: _____

Neurología: _____

Cirujano: _____

Reumatología: _____

Otro: _____



Farmacia Beneficios Información

Por favor ayuda a nosotros en agilizando su farmacia beneficios por siempre que su farmacia tarjeta a el frente Personal de recepción para guardar en su historial. Deberá mostrar esta tarjeta al retirar sus medicamentos en su farmacia preferida.

MUESTRA :

Your Health Plan	Prescription Card	
Member Name Jane Doe	RXBIN	000000
	RXPCN	000000
	RXGroup	000000
ID 00000000000000	Issuer	000000

Por favor proporcionar el siguiente información:

Miembro Nombre_____

Rxbn #_____

Rxpcn #_____

Grupo RX #_____

IDENTIFICACIÓN#_____

En el evento financiero asistencia es necesario para su prescripciones por favor completo el siguientes secciones

Social Seguridad #_____

Familiar Tamaño_____

Ingresos del hogar_____

805 NORTE. Jardín de primavera Cra De la tierra, Florida 32720 (Yo) 386-734-1013 (F) 386-734-1028
2776 Empresa Camino, Suite 100, Naranja Ciudad, Florida 32763 (Yo) 386-774-1223 (F) 386-774-4658
2100 yo. Primero Calle, Sanford, Florida 32771 (Yo) 407-323-2250 (F) 407-321-5550
658 Oviedo Médico Dr. Oviedo Florida 32765 (Yo) 407-901-9076 (F) 407-901-9075



Paciente Cambiar de Información

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

☐ No se necesitan cambios. Firme a continuación.

Por favor controlar todo eso aplicar:

☐ Cambio de nombre

☐ Emergencia Contacto Cambiar

☐ Cambio de dirección

☐ Nuevo/Actualizado Correo

electrónico DIRECCIÓN ☐ Cambio de número de teléfono

☐ ¿Hay alguna actualización sobre su información médica ?

(es decir) nuevo medicamentos, diagnóstico, tratos, (etc)

Por favor terminado todo abajo campos con actualizado información :

Nombre del paciente: _____

Dirección de envío: _____

del contacto :

Trabajo _____ en casa _____ con celdas _____

Correo electrónico DIRECCIÓN:

Emergencia Información del contacto :

Nombre _____ Relación a Paciente _____

Teléfono _____

Firma del paciente _____ Fecha _____