



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE:

Fecha: _____

Nombre del Paciente : _____

Telefono: _____ Numero Alternativo: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad : _____ Sex: F ☐ M ☐

Estado Civil : ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo

Numero de Seguro Social: _____ Email: _____

Nombre de la Farmacia:

Direccion de la Farmacia:

Numero de la Farmacia:

Medico Primario : _____ Medico Primario Telefono: _____

Medico Referente: _____ Medico Referente Telefono: _____

Razon por visita: _____

Empleador del Paciente :

Situacion Laboral:

☐ Full Time ☐ Part Time ☐ Desempleado ☐ Retirado ☐ Estudiante

Contacto de Emergencia : _____ Relacion al Paciente: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

INFORMACION DEL SEGURO:

Tiene usted seguro? ☐ Si ☐ No

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SI TIENE UNA LISTA DE MEDICAMENTOS PORFAVOR PROPORCIONAR A ASISTENTE MEDICA

LISTA DE MEDICAMENTOS:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

USO DE TABACO: alguna vez ha fumado? ☐ Actual ☐ Anteriormente ☐ Nunca

En caso afirmativo, cuántos cigarrillos/paquetes consume al día? _____ Tiempo fumando: _____

Has pensado en dejarlo? ☐ SI ☐ NO Cuando dejaste de fumar? _____

USO DE DROGAS:

Cualquier historial de consumo de drogas ilegales? _____ Que tipo? _____

Ha recibido usted vacunas para: ☐ Covid ☐ Flu ☐ Pneumococcal

Te has caído en el último año? ☐ SI ☐ NO Si es así ¿cuántas veces? _____

Viajes recientes: ☐ Fuera del estado ☐ Fuera del país Donde?: _____

Animales en casa: ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿cuál de las siguientes opciones?: ☐ Perros ☐ Gatos ☐ Pajaros ☐ Otro :

¿Tiene usted un sustituto para la atención médica? ☐ SI ☐ NO Name: _____

Scott Lieberman, M.D. and Ali Chaudhry M.D
10139 NW 31st Street, Suite 103 Coral Springs, FL 33065
P: (754)702-3247 F: (305)703-4897



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

Fecha: _____

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MEDICO PASADO

¿Tiene usted ahora o ha tenido alguna vez:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Pólipos de colon | ☐ Hepatitis C | ☐ Coágulos de sangre |
| ☐ Acidez estomacal/Reflujo | ☐ Úlcera de estómago | ☐ Embolia pulmonary |
| ☐ Enfermedad de Crohn | ☐ Cancer (Tipo) _____ | ☐ Anemia |
| ☐ Colitis ulcerosa | ☐ Diabetes | ☐ Asma |
| ☐ Síndrome del intestino irritable | ☐ Cardiopatía | ☐ Enfisema |
| ☐ Enfermedad Celíaca | ☐ Hipertensión | ☐ Ataque Cardíaco |
| ☐ Cálculos biliares | ☐ Colesterol alto | ☐ Epilepsia (convulsiones) |
| ☐ Hemorroides | ☐ Hipotiroidismo | ☐ Ansiedad |
| ☐ Enfermedad hepática | ☐ Arritmia cardíaca | ☐ Depresión |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Nefropatía | ☐ VIDA/ SIDA |

Otras condiciones médicas (por favor enumere):

Enumere todas las CIRUGÍAS que ha tenido:

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

Fecha: _____

EPWORTH SLEEPINESS SCALE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Qué probabilidad hay de que te quedes dormido en las siguientes situaciones, en lugar de simplemente sentirte cansado?

Esto se refiere a tu estilo de vida habitual últimamente. Incluso si no has experimentado estas situaciones recientemente, intenta determinar cómo te habrían afectado. Usa la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación.

0 = NUNCA me quedaría dormido
1 = POCA posibilidad de dormir
2 = Posibilidad MODERADA de dormir
3 = ALTA probabilidad de dormir

SITUATION	SCALE NUMBER
SENTADO Y LEYENDO	
SENTARSE INACTIVO EN UN ESPACIO PÚBLICO (EJEMPLO: UNA REUNIÓN)	
COMO PASAJERO EN UN COCHE POR UNA HORA SIN DESCANSO	
ACOSTARSE A DESCANSAR POR LA TARDE CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN	
SENTADO Y HABLANDO CON ALGUIEN	
SENTARSE TRANQUILO DESPUÉS DEL ALMUERZO SIN ALCOHOL	
EN UN COCHE, MIENTRAS ESTÁ DETENIDO DURANTE UNOS MINUTOS EN EL TRÁFICO	
VIENDO LA TELEVISIÓN	
TOTAL SCORE	



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

Yo, el abajo firmante, tengo cobertura de seguro con _____

Nombre de la Aseguranza

Y cedo directamente al Dr. Scott Lieberman y al Dr. Ali Chaudhry todos los beneficios médicos, si los hubiera, que me correspondan por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, independientemente de si los cubre el seguro. Por la presente, autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos mis documentos del seguro, ya sean manuales o eléctricos.

Firma del asegurado/tutor

Fecha

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a mí o en mi nombre al Dr. Scott Lieberman y al Dr. Ali Chaudhry por cualquier servicio que me haya prestado dicho médico. Autorizo a cualquier persona que posea información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica (HCFA) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica "otro seguro médico" en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en cualquier otra parte de otros formularios de reclamación aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acepta la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coaseguro y no de los servicios cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare.

Firma del Beneficiario

Fecha



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para que los médicos y el personal médico de Neumólogos del Sur de Florida me brinden tratamiento médico. Esto puede incluir exámenes, diagnósticos y/o procedimientos quirúrgicos, administración de inyecciones y/o cualquier otro tratamiento médico que se considere necesario para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica del paciente.

CESIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos en mi nombre de todos y cada uno de los beneficios individuales, grupales, de compensación laboral, de responsabilidad o PIP directamente al proveedor, los médicos y el personal médico de Pulmonary Physicians of South Florida por los servicios médicos prestados a mí.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE/MEDICAID

En los casos en que correspondan los beneficios de Medicare y Medicaid, certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago según los Títulos XVII o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que Medicare, Medicaid, Medigap y las compañías de seguros complementarios realicen los pagos de los beneficios médicos autorizados a los médicos y al personal médico de Neumólogos del Sur de Florida en mi nombre.

GARANTÍA DE PAGO

Entiendo que soy financieramente responsable del pago a los médicos y al personal médico de Neumólogos del Sur de Florida por cualquier cargo no cubierto o permitido por mi compañía de seguros, así como de todos los gastos de bolsillo aplicables, incluyendo deducibles, coaseguros y copagos. Asimismo, entiendo y acepto que, si esta cuenta se presenta a cobro, seré responsable de pagar el saldo adeudado a los médicos y al personal médico de Neumólogos del Sur de Florida, más los honorarios de abogados, si corresponde.

COBROS DE BENEFICIOS DE TERCEROS

Yo, por la presente autorizo a los Médicos Pulmonares del Sur de Florida a actuar en mi nombre como apoderado en (1) la cobranza de beneficios de cualquier tercero responsable pagador a través de cualquier medio legal necesario y (2) en el endoso de cheques de beneficios a nombre de mí o de los médicos y el personal médico de los Médicos Pulmonares del Sur de Florida.

Yo, _____ (PRINT NAME) RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES QUE APARECEN EN ESTE FORMULARIO Y QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, DOY MI CONSENTIMIENTO A ESTAS DISPOSICIONES INDIVIDUAL Y COLECTIVAMENTE

Patient or Legal Guardian

Date

Witness

Date



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

COMMUNICATION BY EMAIL, TEXT MESSAGE, AND OTHER NON-SECURE MEANS

Durante el tratamiento, podría resultar útil comunicarse por correo electrónico, mensaje de texto (p. ej., "SMS") u otros medios electrónicos de comunicación. Estos métodos, en su forma habitual, no constituyen medios de comunicación confidenciales. Si utiliza estos métodos para comunicarse con [PPSF, LLC], existe una probabilidad razonable de que un tercero pueda interceptar y espiar dichos mensajes. Entre los tipos de partes que pueden interceptar estos mensajes se incluyen, entre otros: People in your home or other environments who can access your phone, computer, or other devices that you use to read and write messages.

- Su empleador, si utiliza su correo electrónico de trabajo para comunicarse con [PPSF, LLC]
- Terceros en Internet, como administradores de servidores y otros que monitorean el tráfico de Internet.

Si hay personas en su vida que no desea que tengan acceso a estas comunicaciones, hable con el gerente de la oficina sobre las formas de mantener sus comunicaciones seguras y confidenciales.

[PPSF, LLC] También ofrece otros medios de comunicación más seguros. Si bien no se puede garantizar que eviten el 100 % de las violaciones de confidencialidad, están diseñados para respaldar la confidencialidad de las comunicaciones clínicas. A continuación, se enumeran algunos ejemplos.

- Recogida en recepción a una hora determinada.
- Entrega a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.
- Correo electrónico seguro.

Autorizo a [PPSF, LLC] a utilizar correos electrónicos no seguros y mensajes de texto de teléfonos móviles para transmitir la siguiente información de salud: Information related to the scheduling of meetings or other appointments

Información relacionada con facturación y pagos

He sido informado de los riesgos, incluyendo, entre otros, la confidencialidad de mi tratamiento, de transmitir mi información médica protegida por medios no seguros. Entiendo que no estoy obligado a firmar este acuerdo para recibir tratamiento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del Paciente

Fecha



PULMONARY PHYSICIANS

OF SOUTH FLORIDA, LLC

RECORD RELEASE AUTHORITY

Nombre del Paciente : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo y solicito _____ **para liberar completo**

Doctor/Facility Name

los expedientes médicos que obran en su poder, relativos a mi enfermedad y/o tratamiento el
día _____ **al/a los médico(s) mencionado(s) anteriormente. En**
este formulario de autorización se incluye mi autorización para que usted incluya toda la
información relacionada con (marque la casilla correspondiente).

_____ **Notas del consultorio médico**

_____ **Estudios de imagen (PET, CT, Radiografía de tórax, Ecografía)**

_____ **Estudios del sueño, pruebas de función pulmonar (PFT), estudios de diagnóstico**
cardiológico

_____ **Laboratorios**

_____ **Todos los registros médicos**

Firma: _____

Fecha: _____