



ADMISION E INFORMACION DEL PACIENTE

Patient Intake and Information Packet [SPANISH]

Fecha de Hoy: _____
(Today's Date)

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial:** _____
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ **Seguro Social:** _____ - _____ - _____
(Date of Birth) MES DIA AÑO (Social Security No.)

Sexo: M F **Edad:** _____ **[circule uno]:** **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
(Sex) (Age) (Marital Status) (Single) (Married) (Divorced) (Widow)

Dirección: _____ **Apartamento: #** _____
(Address) (Apartment)

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
(City) (State) (Zip Code)

Teléfono de Casa: _____ **Celular:** _____
(Home Telephone) (Cellular / Mobile Phone)

Compañía de Seguro: _____
(Insurance Company) [Por favor escribe el nombre de su compañía de seguro como aparece en la tarjeta]

Grupo #: _____ **Poliza/# de Miembro:** _____
(Group #) (Policy / Member #)

[Si usted no es el primario, mencione]

Nombre del Asegurado: _____
(Name of Insured) **APELLIDO** **PRIMER** **INICIAL**

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ / _____ / _____ **Sexo del Asegurado:** M F
(Insured's Date of Birth) (Insured's Sex)

Nombre del Empleador: _____
(Employer Name)

Dirección del Trabajo: _____
(Employer Address) **CALLE** **APARTAMENTO** **CIUDAD** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

Teléfono del Trabajo: _____ **Título/Puesto:** _____
(Employer Telephone) (Job Title / Position)

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____ / ____ / ____

REFERIDO: ¿Ha sido referido aquí por otro Medico o Paciente? Si es así, mencione Nombre y Apellido. **EDAD:** _____

QUEJA PRINCIPAL: ¿Cual es la razon principal de su visita en el dia de hoy? _____

ACCIDENTE: ¿Es su lesion el resultado de un accidente? **SI NO** **FECHA DEL ACCIDENTE:** ____ / ____ / ____

MEDICAMENTOS: ¿Que Medicamentos, Vitaminas, o Suplementos toma usted?

ALERGIAS: ¿Es alergico(a) a algun Medicamento?

HISTORIA SOCIAL:

- ¿Fuma? **SI NO** Si es asi, cuanto cigarillos o paquetes por dia? _____
- ¿Bebe alcohol? **SI NO** Si es asi, cuanto bebes por semana? _____
- ¿Utiliza drogas ilicitas? **SI NO** Si es asi, de que tipo y con que frecuencia? _____

HISTORIA QUIRÚRGICO: ¿Tipo de cirujia y fecha?

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:

¿Que enfermedades o condiciones de salud han sufrido su **MADRE, PADRE** y/o **HERMANOS**?

<input type="checkbox"/> Anemia (<i>Anemia</i>)	<input type="checkbox"/> Deficiencias Enzimáticas (<i>Enzyme Deficiencies</i>)	<input type="checkbox"/> Osteoporosis (<i>Osteoporosis</i>)
<input type="checkbox"/> Artritis (<i>Arthritis</i>)	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (<i>Heart Disease/CAD</i>)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Prostata (<i>Prostate Disease</i>)
<input type="checkbox"/> Asma (<i>Asthma</i>)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A B C D E (<i>Hepatitis</i>)	<input type="checkbox"/> Úlcera Estomacal/Reflujo (<i>Stomach Ulcer/Reflux</i>)
<input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre (<i>Blood Clots/DVT</i>)	<input type="checkbox"/> Hipertension Arterial (<i>High Blood Pressure</i>)	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral/Convulsion (<i>Stroke/Seizures</i>)
<input type="checkbox"/> Cancer (<i>Cancer</i>)	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto (<i>High Cholesterol</i>)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides (<i>Thyroid Disease</i>)
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar (<i>COPD, Lung Disease</i>)	<input type="checkbox"/> VIH/Sida (<i>HIV/AIDS</i>)	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculat (<i>Vascular Disease</i>)
<input type="checkbox"/> Depresión (<i>Depression</i>)	<input type="checkbox"/> Latidos Irregulares del Corazon (<i>Irregular Heartbeat</i>)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes (<i>Diabetes</i>)	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepatica (<i>Liver Disease</i>)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Síndrome de Ehlers Danlos	<input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan (<i>Marfan Syndrome</i>)	<input type="checkbox"/>

(Ehlers Danlos Syndrome)		
--------------------------	--	--

PROBLEMAS MEDICOS/ENFERMIDADES DEL PACIENTE: *(Past Medical History)*

<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <i>(Alzheimer)</i>	<input type="checkbox"/> Difteria <i>(Diphtheria)</i>	<input type="checkbox"/> Insomnio/Desorden del Sueno <i>(Insomnia/Sleep Disorder)</i>	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de la Prostata <i>(Prostate Enlargement/BPH)</i>
<input type="checkbox"/> Anafilaxia <i>(Anaphylaxis)</i>	<input type="checkbox"/> Discitis <i>(Diskitis)</i>	<input type="checkbox"/> Arritmia/Latidos Irrregulares de Corazon <i>(Irregular Heartbeats/Arrhythmia)</i>	<input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar <i>(Pulmonary Embolism)</i>
<input type="checkbox"/> Anemia <i>(Anemia)</i>	<input type="checkbox"/> Dicercitulosis/Diverticulitis <i>(Diverticulitis/Diverticulosis)</i>	<input type="checkbox"/> Sindrome del Intestino Irritable <i>(Irritable Bowel Syndrome/IBS)</i>	<input type="checkbox"/> Hipertension Pulmonar <i>(Pulmonary Hypertension)</i>
<input type="checkbox"/> Problemas con la Anestesia <i>(Anesthesia Problems)</i>	<input type="checkbox"/> Eczema <i>(Eczema)</i>	<input type="checkbox"/> Ictericia <i>(Jaundice)</i>	<input type="checkbox"/> Atencion Psiquiatrica <i>(Psychiatric Care)</i>
<input type="checkbox"/> Ansiedad <i>(Anxiety)</i>	<input type="checkbox"/> Enfisema <i>(Emphysema/COPD)</i>	<input type="checkbox"/> Reemplazo de la Articulacion <i>(Joint Replacement)</i>	<input type="checkbox"/> Dialisis Renal/Rinon <i>(Renal Dialysis)</i>
<input type="checkbox"/> Artritis <i>(Arthritis)</i>	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones <i>(Epilepsy/Seizures)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Rinon/Renal <i>(Kidney Disease)</i>	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal/Rinon <i>(Renal/Kidney Insufficiency/Failure)</i>
<input type="checkbox"/> Valvula de Corazon Artificial <i>(Artificial Heart Valve)</i>	<input type="checkbox"/> Fibromialgia <i>(Fibromyalgia)</i>	<input type="checkbox"/> Piedra en el Rinon/Calculo Renal <i>(Kidney Stone)</i>	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica <i>(Rheumatic Fever)</i>
<input type="checkbox"/> Asma <i>(Asthma)</i>	<input type="checkbox"/> Acidez <i>(GERD/Heartburn)</i>	<input type="checkbox"/> Leucemia/Mieloma <i>(Leukemia/Myeloma)</i>	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <i>(Rheumatoid Arthritis)</i>
<input type="checkbox"/> Fibrilacion Auricular <i>(Atrial Fibrillation)</i>	<input type="checkbox"/> Glaucoma <i>(Glaucoma)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepatica /Higado/Cirrosis <i>(Liver Disease/Cirrhosis)</i>	<input type="checkbox"/> Alergia Estacionales <i>(Seasonal Allergies)</i>
<input type="checkbox"/> Problemas de Espalda <i>(Back Problems)</i>	<input type="checkbox"/> Gota <i>(Gout)</i>	<input type="checkbox"/> Presion Arterial Baja <i>(Low Blood Pressure)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitida Sexual <i>(Sexually Transmitted Diseases)</i>
<input type="checkbox"/> Infeccion de la Vejiga <i>(Bladder Infections)</i>	<input type="checkbox"/> Ataque del Corazon <i>(Heart Attack)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar <i>(Lung Disease)</i>	<input type="checkbox"/> Herpes/Culebrilla <i>(Shingles)</i>
<input type="checkbox"/> Desorden de Coagulacion <i>(Bleeding Disorder)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon Arteria Coronaria <i>(Heart Disease/CAD)</i>	<input type="checkbox"/> Lupus <i>(Lupus)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Celulas Falciformes <i>(Sickle Cell Disease)</i>
<input type="checkbox"/> Coagulo/Trombosis Venosa Profunda <i>(Blood Clots/DVT)</i>	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco <i>(Heart Murmur)</i>	<input type="checkbox"/> Malaria <i>(Malaria)</i>	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueno <i>(Sleep Apnea)</i>
<input type="checkbox"/> Transfucion de Sangre <i>(Blood Transfusions)</i>	<input type="checkbox"/> Palpitaciones del Corazon <i>(Heart Palpitation)</i>	<input type="checkbox"/> Migrana <i>(Migraine Headaches)</i>	<input type="checkbox"/> Vireula <i>(Smallpox)</i>
<input type="checkbox"/> Bronquitis <i>(Bronchitis/COPD)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las Valvulas del Corazon <i>(Heart Valve Disease)</i>	<input type="checkbox"/> Prolapso de la Valcula Mitral <i>(Mitral Valve Prolapse/MVP)</i>	<input type="checkbox"/> Espina Bifida <i>(Spina Bifida)</i>
<input type="checkbox"/> Cancer <i>(Cancer)</i>	<input type="checkbox"/> Hemorroides <i>(Hemorrhoids)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Neurologica <i>(Neurological Disease)</i>	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <i>(Stroke/TIA)</i>

<input type="checkbox"/> Stent Cardiaco <i>(Cardiac Stents)</i>	<input type="checkbox"/> Hemofilia <i>(Hemophilia)</i>	<input type="checkbox"/> Neuropatia <i>(Neuropathy)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides <i>(Thyroid Disease)</i>
<input type="checkbox"/> Cataratas <i>(Cataracts)</i>	<input type="checkbox"/> Hepatitis A B C D E (cirule uno) <i>(Hepatitis)</i>	<input type="checkbox"/> Osteoporosis <i>(Osteoporosis)</i>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis <i>(Tuberculosis)</i>
<input type="checkbox"/> Quimioterapia/Radiacion <i>(Chemotherapy/Radiation)</i>	<input type="checkbox"/> Culebrilla <i>(Herpes Zoster)</i>	<input type="checkbox"/> Marcapaso <i>(Pacemaker)</i>	<input type="checkbox"/> Tumor/Crecimientos <i>(Tumors or Growth)</i>
<input type="checkbox"/> Deformidades Congenitas <i>(Congenital Deformities)</i>	<input type="checkbox"/> Hipertension <i>(High Blood Pressure)</i>	<input type="checkbox"/> Pancreatitis <i>(Pancreatitis)</i>	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <i>(Ulcerative Colitis)</i>
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca Congestiva <i>(Congestive Heart Failure)</i>	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <i>(High Cholesterol)</i>	<input type="checkbox"/> Parkinson <i>(Parkinson's)</i>	<input type="checkbox"/> Vertigo <i>(Vertigo)</i>
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <i>(Crohn's Disease)</i>	<input type="checkbox"/> Historia de Caidas <i>(History of Falls)</i>	<input type="checkbox"/> Ulcera Peptica/Estomago <i>(Peptic/Stomach Ulcer)</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Demencia <i>(Dementia)</i>	<input type="checkbox"/> VIH/Cida <i>(HIV/AIDS)</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculer Periferica <i>(Peripheral Vascular Disease)</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Depresion <i>(Depression)</i>	<input type="checkbox"/> Infecion <i>(Infection)</i>	<input type="checkbox"/> Neumonia <i>(Pneumonia)</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes <i>(Diabetes)</i>	<input type="checkbox"/> Mononucleosis Infecciosa <i>(Infectious Mononucleosis /MONO)</i>	<input type="checkbox"/> Polio <i>(Polio)</i>	<input type="checkbox"/>

REVICION DE SISTEMAS: *(Review of Systems)*

Constitucional	<input type="checkbox"/> Perdida de Peso Inexplicable <i>(Unexplained Weight Loss)</i>	<input type="checkbox"/> Fatiga <i>(Fatigue)</i>
	<input type="checkbox"/> Cambios en el Apetito <i>(Changes In Appetite)</i>	<input type="checkbox"/> Sudoracion Nocturna <i>(Night Sweats)</i>
	<input type="checkbox"/> Fiebre <i>(Fever)</i>	
Ojos	<input type="checkbox"/> Cambios en la Vision <i>(Changes in Vision)</i>	<input type="checkbox"/> Vision Doble <i>(Double Vision)</i>
	<input type="checkbox"/> Vision Borrosa <i>(Blurry Vision)</i>	
Orejas	<input type="checkbox"/> Dificultad para Oir <i>(Hearing Difficulty)</i>	<input type="checkbox"/> Zumbido en los Oidos <i>(Ringing in Ears)</i>
	<input type="checkbox"/> Audifonos <i>(Hearing Aids)</i>	
Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/> Hemorragia Nasal <i>(Nosebleed)</i>	<input type="checkbox"/> Dentaduras Postiza <i>(Dentures)</i>
	<input type="checkbox"/> Dificultad par Tragar <i>(Difficulty Swallowing)</i>	<input type="checkbox"/> Sangrado de las Encias <i>(Bleeding Gums)</i>
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Tos Cronica <i>(Chronic Cough)</i>	<input type="checkbox"/> Dificultad en la Respiracion <i>(Difficulty Breathing)</i>
	<input type="checkbox"/> Falta de Respiracion <i>(Shortness of Breath)</i>	<input type="checkbox"/> Ronquidos <i>(Snoring)</i>
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Desmayo <i>(Fainting)</i>	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma Anormal <i>(Abnormal EKG)</i>
	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho con el Ejercicio <i>(Chest Pain with Exercise)</i>	<input type="checkbox"/> Palpitaciones <i>(Palpitations)</i>
	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho en Reposo <i>(Chest Pain at Rest)</i>	<input type="checkbox"/> Hinchazon de Pies y Tobillos <i>(Foot/Ankle Swelling)</i>
	<input type="checkbox"/> Radiografia anormal de Torax <i>(Abnormal Chest X-ray)</i>	
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Dolor de Estomago <i>(Stomach Pain)</i>	<input type="checkbox"/> Diarrea <i>(Diarrhea)</i>
	<input type="checkbox"/> Sangre en las Heces <i>(Blood in Stools)</i>	<input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <i>(Blood in Urine)</i>
	<input type="checkbox"/> Nausea/Vomitos <i>(Nausea/Vomiting)</i>	<input type="checkbox"/> Estrenimiento <i>(Constipation)</i>
Musculoesqueletico	<input type="checkbox"/> Hinchazon de las Articulaciones <i>(Joint Swelling)</i>	<input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones <i>(Joint Pain)</i>
	<input type="checkbox"/> Debilidad Muscular <i>(Muscle Weakness)</i>	
Neurologico	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza <i>(Headaches)</i>	<input type="checkbox"/> Mareo <i>(Dizziness)</i>
	<input type="checkbox"/> Perdida de la Conciencia <i>(Loss of Consciousness)</i>	<input type="checkbox"/> Perdida de Memoria <i>(Memory Loss)</i>
	<input type="checkbox"/> Dificultades en el Habla <i>(Speech Difficulties)</i>	

	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo en las Manos (<i>Numbness/Tingling of Hands</i>)	
	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo en los Pies (<i>Numbness/Tingling of Feet</i>)	
Endocrino	<input type="checkbox"/> Sed Excesiva (<i>Excessive Thirst</i>)	<input type="checkbox"/> Intolerancia al Frio (<i>Cold Intolerance</i>)
	<input type="checkbox"/> Intolerancia al Calor (<i>Heat Intolerance</i>)	
Hematologico	<input type="checkbox"/> Moretones con Facilidad (<i>Bruise Easily</i>)	<input type="checkbox"/> Llagas en la Piel (<i>Skin Sores</i>)
	<input type="checkbox"/> Sangrar Facilmente (<i>Bleed Easily</i>)	<input type="checkbox"/> Erupciones en la Piel (<i>Skin Rashes</i>)
Espina	<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello (<i>Neck Pain</i>)	<input type="checkbox"/> Dolor de la Espalda Baja (<i>Back Pain</i>)
	<input type="checkbox"/> Entumecimiento de la Ingle (<i>Groin Numbness</i>)	<input type="checkbox"/> Incontinencia (<i>Incontinence</i>)
	<input type="checkbox"/> Problemas de Equilibrio (<i>Balance Problems</i>)	<input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar (<i>Difficulty Walking</i>)
	<input type="checkbox"/> Dolor Irrradiado a las Piernas (<i>Pain shooting to Legs</i>)	<input type="checkbox"/> Ganglios Linfaticos Inflamados (<i>Swollen Lymph Nodes</i>)
	<input type="checkbox"/> Dolor Irrradiado a los Brazos/Hombros (<i>Pain shooting to Arms/Shoulders</i>)	

INFORMACIÓN DE HIPAA, NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

La ley federal de portabilidad y responsabilidad de seguros medicos (HIPAA), establece metodos de seguridad para proteger su privacidad. La ley de HIPAA y sus requisitos fueron originalmente puestos en practica el 14 de Abril del ano 2003. ¿En que consiste la ley de HIPAA? En concreto, existen reglas y restricciones acerca de quién puede ver o tener acceso a su Informacion de Salud Privada. Estas restricciones excluyen el intercambio de información necesaria para ofrecerle a usted los servicios medicos de la oficina. HIPAA establece ciertos derechos y protecciones para usted como paciente. Es por ello que balanceamos estas necesidades con el objetivo de brindarle un servicio de cuidado con la maxima calidad y profesionalidad. Usted puede encontrar informacion adicional en la pagina web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en: www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, a menos que sea necesaria a la hora de prestar servicios o para asegurarse de que todas las cuestiones administrativas relacionadas con su atención esten siendo utilizadas correctamente. Esto comprende específicamente el intercambio de información con otros profesionales de la salud, laboratorios, companias de seguro medico, siempre y cuando sea apropiado y necesario para su atencion y cuidado. Dentro del proceso de ofrecer cuidado y atencion medica se comprende que el historial clinico del paciente, podra dejarse al menos de manera temporal en las áreas administrativas, tales como la recepcion, sala de examen, etc. Dichos documentos no estarán disponibles a personas ajenas al personal de la oficina. Usted está de acuerdo con los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de los expedientes medicos, historias clinicas, informacion personal del paciente asi como de otros documentos o información.
2. Es la poliza de esta oficina el recordar a los pacientes de sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, servicio de correo postal de los EE.UU. o por cualquier otro medio conveniente para la práctica y/o solicitado por usted. De igual manera podemos enviarle información acerca de cambios en las reglas y regulaciones de la oficina asi como de nueva tecnología que pueda resultarle útil o informativa.
3. La práctica utiliza un número de proveedores como parte del control del negocio. Estos proveedores pueden tener acceso a su Informacion de Salud Protegida, pero deben estar de acuerdo en cumplir las normas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos, en los cuales pudiera estar incluida su Informacion de Salud Protegida, llevados a cabo por organismos gubernamentales o agencias de seguros, en el desempeño normal de sus funciones.

5. Usted se compromete a ventilar cualquier inquietud o queja con respecto a su privacidad, con la administradora de la oficina o el médico.
6. Su Informacion de Salud Protegida no se utilizará con fines de marketing o publicidad de los productos, bienes o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes el acceso a su historial clinico de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, añadir, eliminar o modificar cualquiera de estas clausulas para satisfacer de mejor manera las necesidades de la práctica y del paciente.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su Información de Salud Protegida, asi como a solicitar cambio en ciertas polizas utilizadas en la oficina con respecto a su informacion medica. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las polizas internas para cumplir con su solicitud.

YO, _____, EN ESTE _____ DÍA DE _____, 20____ POR ESTE MEDIO DOY MI
Nombre del paciente Dia Mes Ano

CONCENTIMINETO Y ADMITO QUE ESTOY DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN ESTA INFORMACIÓN DE HIPAA, NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y CUALQUIER MODIFICACIÓN POSTERIOR DE LA POLIZA DE LA OFICINA. ENTIENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN VIGOR DESDE AHORA.

ACUERDO DE ATENCION Y CUIDADO AL PACIENTE

Yo, _____, en intercambio por recibir tratamiento medico por el Dr. Georgiy Brusovanik, MD (incluido todo el personal de su oficina), por este medio, reconozco y acepto los siguientes términos.

_____**(Iniciales)**. **Aviso de No Seguro de Negligencia Medica.** Bajo la Ley de la Florida, a los médicos generalmente se les exige tener un seguro de Mala Praxis Médica, conocido tambien como Seguro de Negligencia Medica o, en su defecto, demostrar su responsabilidad financiera para cubrir los posibles reclamos por negligencia médica. **EL DR. GEORGIY BRUSOVANIK, M.D. & GVB MD, LLC d/b/a Miami Back & Neck Specialists HAN DECIDIDO NO ACARREAR SEGUROS POR NEGLIGENCIA MEDICA.** Esta desicion es permitida por la Ley de la Florida bajo ciertas condiciones. La Ley de la Florida impone sanciones a los médicos no asegurados, que a su vez, incurran en el incumplimiento de sentencias desfavorables como resultado de los reclamos por negligencia medica. Este aviso es proporcionado conforme lo establece la Ley de la Florida. Yo, como paciente de esta oficina y del Dr. Brusovanik, entiendo y acepto la información anteriormente proporcionada. Aun siendo asi, he decidido seguir siendo paciente de la oficina del Dr. Georgiy Brusovanik, MD.

_____**(Iniciales)**. **Consentimiento para el Tratamiento:** Yo, voluntariamente, doy mi concentimiento para que se me brinde atención medica, incluyendo la administración de anestésicos, inyecciones, y el rendimiento de procedimientos de diagnóstico y/o quirúrgicos. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión del Dr. Brusovanik y es la responsabilidad de su personal el llevar a cabo sus instrucciones.

_____**(Iniciales)**. **Asignación de Beneficios Médicos y Autorización para el Tratamiento y Divulgación de Información:** Mediante la presente, asigno el pago directamente al Dr. Brusovanik, o cualquier otro proveedor de servicios que opere a través de Miami Spine Care (un DBA, propiedad de G. Brusovanik, MD LLC) aceptando esta asignación de beneficios médicos aplicables y pagaderos a mí, pero no exediendo los cargos regulares del médico. **Entiendo que soy financieramente responsable del deducible de mi seguro medico, mis co-pagos, los gastos no cubiertos por esta asignación, y/o de cuales quiera que sean todos los cargos que la compañía de seguros se niegue a pagar.** Asi mismo se acuerda además, que cualquier balance de crédito que resulte despues del pago de los seguros u otros servicios, podra ser aplicado a otras cuentas adeudadas a dicho médico (s) por el asegurado.

_____**(Iniciales)**. **Divulgación de Información:** El médico (s) puede divulgar parcialmente o en su totalidad el expediente clinico del paciente a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato de acuerdo al



médico (s) el paciente, o a un miembro de la familia, o al empleador del paciente por una parte o la totalidad de los cargos del medico, incluido pero no limitado a, las compañías de seguros, las compañías de compensacion de trabajo, los fondos de asistencia social, o el empleador del paciente.

_____ **(Iniciales).** Limitación de Daños, Arbitraje, los Honorarios de Abogados. Con la excepción de cualquier acción de cobro, estoy de acuerdo en resolver todos los reclamos o controversias, ya sea bajo una infracción o contrato, derivados de la atención y el tratamiento recibido por el Dr. Georgiy Brusovanik, incluido pero no limitado a los reclamos por negligencia médica, exclusivamente bajo arbitraje obligatorio. Dicho arbitraje se regirá por las normas de la Asociación Americana de Arbitraje vigentes en ese momento, y cualquier tribunal de la jurisdicción competente podrá tomar la decisión del árbitro como el veredicto final. Así mismo estoy de acuerdo en que los daños y perjuicios recuperables, incluyendo los daños económicos y no económicos, en este tipo de reclamo o controversia resultante de la atención y el tratamiento recibido por el Dr. Georgiy Brusovanik, no deben exceder, en ningún caso, los \$ 100,000.00; así como no tendré derecho alguno a recuperar daños punitivos en dicha demanda o controversia. Por último, estoy de acuerdo en que cada parte pagará por separado los honorarios y gastos de sus propios abogados como resultado de cualquier procedimiento legal.

Nombre del Paciente/Asegurado: _____

Firma del Paciente/Asegurado: _____ **Fecha:** _____