**The Clark Clinic, Inc.**

212 SOUTH FLORIDA STREET 107 WEST CENTRAL AVENUE

BUSHNELL, FLORIDA 33513 HOWEY IN THE HILLS, FLORIDA 34737

Oficina 352.793.2441 Oficina 352.324.0504

**Bienvenidos a CLARK CLINIC**

***La MISIÓN de nuestro dedicado equipo médico es el***

***Bienestar de una larga vida a nuestra comunidad proveyendo***

***Cuidados de salud con calidad y compasión.***

Como un nuevo paciente usted puede estar seguro que tomaremos nuestro tiempo para dedicarle a sus necesidades y las de su familia. Nuestra clínica ambulatoria aprecia su llamada para una cita, pero sí es necesario, puede venir caminando a visitarnos de las 8:00 AM – 5:00 PM, de lunes a viernes. En los fines de semana y las noches, en caso de emergencia, tenemos doctores o enfermeros en servicio las 24 horas.

El Dr. Clark posee privilegios de hospitalización en el Hospital Regional Leesburg, The Villages, y en el Hospital de Florida Waterman, sí existiera alguna la necesidad de admisión hospitalaria.

Anexo encontrará los siguientes formularios para que los complete, lo cual nos ayudará a servirles en sus necesidades médicas.

1. Formulario de Información de Paciente Nuevo
2. Política de Pagos Financieros y Prácticas Privacidad (Formulario Amarillo)
3. Registro de Historia Médica (Formulario Azul)

Por favor devuelva estos formularios completos en el mostrador y tome una Tarjeta de Presentación para referencia futura o para que pueda compartirla con los amigos.



Amamos a NUESTROS PACIENTES!

 **El Equipo de Clark Clinic**

 Niña por un Día Imprimiendo & Diseñando (407) 758-7214 NPF01 07/11

**The Clark Clinic, Inc.**

212 SOUTH FLORIDA STREET 107 WEST CENTRAL AVENUE

BUSHNELL, FLORIDA 33513 HOWEY IN THE HILLS, FLORIDA 34737

Teléfono 352.793.2441 Teléfono 352.324.0504

Fax: 352.793.3282 Fax: 352.324.4020

 ¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de cuidados de la salud! Nos esforzaremos en proveerles el mejor cuidado posible de salud. Para ayudar a cumplir todas sus necesidades de salud, por favor complete este formulario en tinta. Sí usted tiene alguna pregunta o necesite asistencia, por favor pregúntenos – estaremos gustosos de ayudarle.

***INFORMACION PERSONAL***

Fecha:

Fecha de Nacimiento: Num. Seguro Social

Nombre:

Le gusta que le llamen:

( ) Masculino ( ) Femenino ( ) Menor ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo(a) ( ) Separado

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono Hogar: Teléfono del Trabajo: Ext. #

Empleador: Ocupación:

Referido por:

En caso de una emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre: Relación:

Teléfono Hogar: Teléfono del Trabajo: Ext. #

***PARTE RESPONSABLE***

Quién es responsable por la cuenta?

Nombre:

Relación con el paciente:

Fecha de Nacimiento: Licencia de Conducir #: # Seg. Social

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono Hogar: Teléfono del Trabajo: Ext. #

 Niña por un Día Imprimiendo & Diseñando (407) 758-7214 NPF01 07/11

***INFORMACION DEL SEGURO***

Nombre del Asegurado: Relación con el Paciente:

Fecha Nacimiento Asegurado: # Seg. Social: Grupo #:

Empleador: Compañía de Seguros:

**¿POSEE UN SEGURO ADICIONAL? SI NO SÍ ES SI, COMPLETE LO SIGUIENTE:**

 Nombre del Asegurado: Relación con el Paciente:

Fecha Nacimiento Asegurado: # Seg. Social: Grupo #:

Empleador: Compañía de Seguros:

***AUTORIZACION Y DIVULGACION***

 Autorizo a The Clark Clinic, Inc. a divulgar a cualquiera tercera parte pagadora cualquier información incluyendo los diagnósticos y registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya realizado a mí o a mi hijo para ser utilizado en conexión con la determinación de un reclamo por pago cuando sea requerido por una tercera parte proveedora en la evaluación, planificación y/o implementación de mi cuidado.

 Sí un beneficiario de Medicare/Medicaid, certifico que la información ofrecida por mí en la aplicación de los pagos bajo el Título XVIII/XIX de la Ley de Seguro Socia es correcta. Autorizo cualquier poseedor de información médica o de otro tipo acerca de mí a que divulgue a la Administración del Seguro Social/División de Servicios Familiares cualquier información necesaria para esto a relacionada a un reclamo de Medicare/Medicaid.

 Autorizo y solicito que todos los pagos de seguros en relación al tratamiento deben ser asignados al Médico, asistente del médico o enfermera practicante que me están tratando. Entiendo que mi aseguradora podría pagar menos que el costo actual por los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable por todos los servicios ofrecidos en mi beneficio o de mis dependientes. Entiendo que todos los costos que estén aún pendientes con las aseguradoras luego de 90 días serán de mi responsabilidad.

***POLITICAS DE FINANCIAMIENTO***

 **LOS PAGOS POR SERVICIOS DEBEN PAGARSE AL MOMENTO EN QUE EL SERVICIO ES TERMINADO –** Ofrecemos los siguientes métodos de pago por servicios no cubiertos por su seguro. Por favor revise el método que usted prefiere.

 Efectivo Cheque (Los cheques devueltos tienen un cargo de $30.00)

 Tarjeta de Crédito. # Tarjeta de Crédito Fecha de Expiración:

 MasterCard Visa Discover American Express Nombre en Tarjeta:

Esta tarjeta de crédito será cargada por cualquier balance pendiente. X

 Debemos enfatizar como su proveedor de servicios médicos, nuestra relación y preocupación con usted y su salud, no con su compañía de seguros. **TODOS LOS CARGOS SON SU RESPONSABILIDAD AL MOMENTO EN QUE LOS SERVICIOS SEAN REALIZADOS.** Sabemos que las emergencias pueden llegar y afectar los pagos a tiempo en su cuenta. Usted podría recibir cargos adicionales por exámenes de laboratorio realizados que no fueron cargados en la fecha de su servicio.

 **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Consiento libre y voluntariamente participar en los tratamientos que puedan ser ordenados por mi Proveedor de Cuidados de Salud. Entiendo que puedo retirar el consentimiento en cualquier momento.

***PRACTICAS DE PRIVACIDAD***

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, y se me ha dado la oportunidad de revisarlo.

FIRMA DEL PACIENTE (GARANTE) FECHA:

Niña por un Día Imprimiendo & Diseñando (407) 758-7214 NPF02 07/11

**The Clark Clinic, Inc.**

1. **DIRECTRICES AVANZADAS:** Por favor encierre en un círculo cuál de ésta tiene:

**Código Completo DNR Testamento POA Servicios de Salud Sustitutos**

1. **CORREO ELECTRONICO: @**
2. **RAZA:** Por favor encierre en un Círculo:

**Blanco Asiático Afro americano Indo americano Hispano Otro**

1. **ETNIA:** Por favor encierre en un Círculo:

**Hispano No Hispano**

1. **IDIOMA:** Por favor encierre en un Círculo:

**Inglés Español Otro:**

1. **FARMACIA:** Mi farmacia preferida es:

**Farmacia: Ciudad:**

1. **FOTO: Se le tomará una fotografía**



**Nombre: FECHA NACIMIENTO: FECHA:**

**Número Teléfono Actual: Seguro Actual:**

Para optimizar nuestra habilidad de suplir sus necesidades médicas, nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud.

Por favor llene y retorne al mostrador. Toda la información es tratada como confidencial.

**.**

 **Condiciones Crónicas Sueño**

Por Favor encierre en un Círculo las siguientes condiciones Por favor encierre en un Círculo la respuesta Apropiada.

Con las que usted haya sido diagnosticado

Anemia Acidez ¿Le ha dicho alguien que usted ronca? Si/No

Asma Presión Alta

Artritis Colesterol Alto ¿Tiene piernas inquietas? Si/No

Cáncer Hipertensión

Irregularidad Crónica Intestinos Migrañas ¿Se levanta sintiéndose bien descansado? Si/No

COPD Obesidad

Diabetes Apnea Sueño ¿Se ha levantado con la boca seca? Si/No

Enfermedades del Corazón Tuberculosis

 Otro: ¿Se siente con sueño durante el día? Si/No

 ¿Se ha levantado con dolor de cabeza? Si/No

**Alergias**

Por favor encierre en un círculo la respuesta apropiada: Encierre en un círculo todo lo que aplique para usted:

¿Tiene usted alguna alergia de comida? Si/No Asma Congestión Sarpullido Urticaria

¿Tiene alguna alergia medio ambiente? Si/No Sinusitis Goteo Nasal Tos Crónica

¿Tiene alergia a algún medicamento? Si/No Estornudos Ojos lagrimosos, Pican Jadeo

**.**

 **Corazón Pulmones**

Encierre en Círculo la respuesta correcta: Encierre en Círculo la respuesta correcta:

¿Ha tenido alguna vez un ataque al corazón? Si/No ¿Ha sido diagnosticado con un problema de Si/No

¿Tiene usted un marcapasos? Si/No respiración?

¿Luego de un esfuerzo, se siente mareado, Si/No ¿Experimenta usted falta de respiración? Si/No

Débil, o falto de respiración? ¿Tose usted durante el día? Si/No

¿Se le inflaman los tobillos? Si/No ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 10 años? Si/No

¿Ha notado alguna vez que su corazón se salta Si/No

Un latido?

Ha experimentado dolor de pecho? Si/No

 MD/ARNP: He revisado esta encuesta, y estoy recomendando los siguientes exámenes: (encierre en un círculo)

NO SE NECISTAN EXAMENES EKG ECO HOLTER US PFT SUEÑO TEST ALERGIAS Firma:

 ***Gracias***

Niña por un Día Imprimiendo & Diseñando (407) 758-7214 NPF02 07/11

**HISTORIA CLINICA**

.

NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA NACIMIENTO: PACIENTE #

Para ayudarnos a cumplir con todas sus necesidades de salud, por favor llene ambos lados de este formulario completamente con tinta. Este es un registro confidencial de su historia clínica y será mantenido en esta oficina.

Fecha de hoy: Cuándo fue su último examen físico?

Lugar de Nacimiento: Nombre del Médico: Tel:

Nivel Escolar más alto: Por favor, liste todas las enfermedades serias, operaciones,

Ocupación: otras hospitalizaciones que haya tenido e indique el año en

Hobbies: que estas ocurrieron: Ninguna

Ejercicio/recreación:

Hábitos:

 Fumar (tipo & Cantidad diaria)

 Ex Fumador, Fecha en que lo dejó: Por favor anote todas las medicinas que toma actualmente

 Alcohol (tipo & Cantidad Semanal) (Incluya las medicinas sin prescripción) Ninguna

 Cafeína (tipo & Cantidad diaria)

 Drogas ilícitas (tipo & Cant. Diaria)

Peso Usual

Fecha último examen dental

Por favor anote todas las alergias (comida, medicina, M.A.) Describa todos los accidentes, lesiones severas, en cabeza,

 Fracturas o huesos rotos (incluya fechas): Ninguna

**Quejas Principales:**

**Por favor anote (en orden de importancia) sus preocupaciones de salud actuales, síntomas, o problemas que está experimentando:**

**HISTORIA CLINICA PASADA**

**Ha tenido alguna vez lo siguiente: (Encierre en un círculo “No” o “Si”, deje en blanco sí no está seguro)**

**Sarampión No Si Migraña (Dolor Cabeza) No Si Urticaria o Eczema No Si**

**Paperas No Si Tuberculosis No Si SIDA O HIV+ No Si**

**Varicela No Si Diabetes No Si Mono Infecciosos No Si**

**Tosferina No Si Cáncer No Si Bronquitis No Si**

**Fiebre Escarlata No Si Polio No Si Prolapso Mitral No Si**

**Difteria No Si Glaucoma No Si Infarto No Si**

**Viruela No Si Hernia No Si Hepatitis No Si**

**Neumonía No Si Transfusión de sangre o No Si Ulcera No Si**

**Fiebre Reumática No Si plasma Enf. Del Riñón No Si**

**Enfermedad Corazón No Si Problemas de Espalda No Si Enf. Tiroides No Si**

**Artritis No Si Presión Alta o Baja No Si Sangrado No Si**

**Enfermedades Venéreas No Si Hemorroides No Si Cualquier otra No Si**

**Anemia No Si Fecha último Rayos x Enfermedad (Anotar)**

**Infección de la Vejiga No Si Asma No Si**

**Epilepsia No Si**

**HISTORIA FAMILIAR**

Algún familiar ha tenido alguna de las siguientes (Encierre en un círculo “No” o “Si”, deje en blanco sí no está seguro)

 Relación Relación

**Cáncer No Si Infarto No Si**

**Tuberculosis No Si Epilepsia No Si**

**Diabetes No Si Alergias No Si**

**Enfermedad del Corazón No Si Anemia No Si**

**Presión alta No Si Sangrado No Si**

Niña por un Día Imprimiendo & Diseñando (407) 758-7214 NPF03 07/11

**.**

**Historia Familiar (cont.) Edad Actual Si vive, salud (buena, bien, pobre)**

**(Encierre en un círculo “No” o “Si”, deje en blanco si no está seguro) o al morir Si muerto, causa de la muerte**

 **Relación Padre**

**Asma No Si Madre**

**Enf. Pulmón Cron.** **No Si Hermanos**

**Droga o Alcohol No Si**

**Enf. Mental No Si**

**Leucemia No Si**

**Migraña No Si**

**Obesidad No Si Esposa**

**Tiroides No Si Niños**

**Ulcera No Si**

**Depresión No Si**

**Colesterol Alto No Si**

**Enf. Del Riñón No Si**

**Glaucoma No Si**

**Gota No Si**

**Tiene o ha tenido en el último año:**

**(Encierre en un círculo “No” o “Si”, deje en blanco si no está seguro)**

**Debilidad o Parálisis No Si Jadeos No Si Dolor articulaciones No Si**

**Se cansa fácil o debilidad No Si Dolor pecho No Si Hinchazón articulaciones No Si**

**Cambios de Peso reciente No Si dedos/labios morados No Si Espasmos Musculares No Si**

**Cambios de Apetito No Si Manos/pies sudorosos No Si Somnolencia No Si**

**Sensible frio o calor No Si Dificultad respirar No Si Convulsiones No Si**

**Fiebre Persistente No Si Palpitaciones o Aleteos No Si Depresión No Si**

**Sudoración Nocturna No Si del corazón No Si Pérdida de Memoria No Si**

**Picazón en la Piel No Si Calambres al Caminar No Si Pobre Coordinación No Si**

**Cambios en la Piel No Si o en la noche No Si Episodios de desmayo No Si**

**Cambio en uñas o pelo No Si Venas alargadas No Si ¿Tiene un testamento? No Si**

**Dolor de cabeza No Si Dificultad para tragar No Si Sí es “No” desea info.? No Si**

**Facilidad de sangrado No Si Acidez No Si Sí es “Si” entregue copia**

**Visión Doble No Si Eructos frecuentes No Si Sólo para Hombres:**

**Visión borrosa No Si Calambres Estomacales No Si Descarga del Pene No Si**

**Dolor en los Ojos No Si Nauseas No Si Dolor en los Testículos No Si**

**Ojos Infectados No Si Vómitos No Si Impotencia No Si**

**¿Usa lentes de contacto? No Si Vomita sangre No Si Sólo para Mujeres:**

**¿Ultimo examen visual? Diarrea Crónica No Si Edad inicio de su periodo No Si**

**Zumbidos en los oídos No Si Estreñimiento crónico No Si ¿Cuántos días dura periodo? No Si**

**Descarga de los oídos No Si Sangrado Rectal No Si ¿Cuántos días / periodo? No Si**

**Dolor de oídos No Si Heces Negras No Si ¿Flujo espeso? No Si**

**Pérdida audición No Si Orina oscura No Si ¿Sangra o Mancha No Si**

**Sangrado de nariz frecuente No Si Ictericia No Si entre periodos?**

**Resfriados frecuentes No Si Orina frecuente (día) No Si ¿Tiene dolor o calambres? No Si**

**Problemas sinusitis No Si Orina frecuente (noche) No Si Fecha último periodo**

**Pérdida del olfato No Si Incremento de la sed No Si Fecha último examen pélvico**

**Ronquera persistente No Si Orina con dolor No Si Fecha última mamografía**

**Dolor de Garganta No Si Fuga de orina No Si Picazón en el área vagina No Si**

**Dolor lengua o encías No Si Dificultad empezar orinar No Si Dolor durante coito No Si**

**Descarga desde mamas No Si Falta de deseo sexual No Si Número de embarazos**

**Dificultad al respirar No Si Hemorroides No Si Num. Nacimientos en tiempo**

**Esputos con sangre No Si Dolor de Espaldas No Si Num. Nacimientos prematuros**

**X**

 Firma del Paciente o padre sí es un menor Fecha

 Niña por un Día Imprimiendo & Diseñando (407) 758-7214 NPF04 07/11

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE**

**PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Reconozco que he recibido y revisado el Aviso de prácticas de privacidad y los derechos y responsabilidades del paciente, relativas a esta oficina y sus entidades afiliadas cubiertas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por THE CLARK CLINIC, todos sus departamentos, la operación y sus locaciones con el fin de diagnosticar o proporcionar

tratamiento, obtener el pago por mis servicios de salud, o para llevar a cabo sus operaciones de cuidado de la salud, que específicamente incluyen todo, las ubicaciones de satélites, facturación y administración, laboratorio y centro de diagnóstico.

Firma del Paciente Nombre del Paciente

Firma del Guardián Legal Nombre del Guardián Legal / Representante

Autoridad del Representante/Relación en nombre paciente Fecha de la Firma

**AUTORIZACION**

En cumplimiento con la Regla de Privacidad de HIPPAA, es la política de esta oficina permitir adecuadamente a las personas autorizadas, a que tengan acceso a su información de salud protegida (PHI). Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocado por escrito por parte del paciente. Por favor indicar a continuación las personas que usted desea tengan acceso a su información médica protegida.

Nombre Relación con uno mismo

Nombre Relación con uno mismo

Nombre Relación con uno mismo

Nombre Relación con uno mismo

**The Clark Clinic**

**Aviso de HIPAA Sobre Prácticas de Privacidad**

**LA CLÍNICA CLARK, INC. Cuenta con una política de cumplir con el Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad, Ley de 1996 (FIIPAA). Nuestro objetivo es ser 100% compatible en todo momento. Los siguientes métodos de operaciones serán utilizados para asegurar la privacidad de la información médica protegida de un paciente (PHI).**

1. **Sobre la base de las directrices de la HIPAA sus registros médicos pueden ser transferidos a otro proveedor de salud con su autorización firmada. Los registros no serán transferidos sin la autorización firmada por usted o su tutor.**
2. **Usted puede revisar sus archivos mediante la programación de una cita con la Oficina.**
3. **Después de la revisión de sus registros, si no está de acuerdo con cualquiera de la documentación en los registros, usted tiene la opción de escribir su propia documentación para ser colocado en el gráfico.**
4. **Si se requiere una cita con otro proveedor de servicios médicos, sólo se proporcionará la información necesaria**

**para programar una cita.**

1. **Si decide no permitir que ningún otro miembro de su familia tenga acceso a sus registros, usted tiene el derecho de notificar a nuestra Oficina. Esa notificación debe ser por escrito. Si desea proporcionar acceso a sus registros a un individuo designado, también puede proporcionar dicha notificación por escrito.**
2. **Nuestra Oficina no proporcionará ninguna información sobre usted o su condición médica a cualquiera otra parte distinta de otros proveedores de servicios médicos a los que usted ha sido referido para tratamiento sin su autorización específica**
3. **Si usted es elegido para ser parte de cualquier programa de investigación, se le pedirá que firme autorizaciones adicionales y liberaciones de forma que su PHI pueda ser utilizado en el programa.**
4. **Bajo las reglas de la HIPAA, podemos utilizar la PHI necesaria de sus registros médicos para reclamar al seguro en su nombre. Su autorización y asignación del seguro permite la práctica de presentar al seguro en su nombre.**
5. **Habrá ciertas circunstancias en las que las autoridades de salud pública y las agencias de supervisión de salud, puedan requerir una copia de sus registros. Ellos están autorizados por ley a solicitar la información y nosotros estamos obligados a proporcionar una copia de su PHI.**
6. **Se tomarán todos los esfuerzos para asegurar que su PHI no sea compartido con ninguna persona que no esté autorizada.**
7. **Si usted está en servicio militar activo o está siendo llamado a servicio militar activo, en virtud de que la ley federal, estamos obligados a suministrar una copia de su registro.**

**Si tiene alguna pregunta acerca de lo anterior, por favor, póngase en contacto con cualquiera de los empleados en THE CLARK CLINIC, INC.**

**Consentimiento de Historia de Prescripciones**

Voluntariamente consiento proveer a The Clark Clinic, acceso y usar mi historia de prescripción de medicamentos de otros proveedores de salud o terceras partes de farmacia que beneficia pagadores con propósitos de tratamiento. Entiendo que mi historia de prescripciones (las cuales incluyen, pero no están limitadas a prescripciones, laboratorios, y otra información histórica de medicinas en el cuidado de salud) de otros múltiples proveedores médicos no afiliados, compañías de seguro, y gerentes de beneficios de farmacia podrían ser vistas por mis proveedores y el personal presente, y puede incluir prescripciones de hace varios años.

Reconozco que The Clark Clinic podría usar los sistemas de intercambio de información de salud para transmitir electrónicamente, recibir y/o accesar a mi historia de prescripciones.

Entiendo que este **Consentimiento de Historia de Prescripciones** será válido y permanecerá en efecto hasta que atienda o reciba servicios desde Oncología Texas, a menos que sea revocado por mí por escrito con tal aviso escrito provisto para cada lugar de práctica que haya ido o desde la cual recibí servicios.

**Certifico que he leído este formulario o el mismo me ha sido leído.**

**Fecha:**

**Imprima el Nombre (Paciente): FDN:**

**Firma del Paciente / Representante Legalmente Autorizado**

**Relación con el Paciente (sí el Paciente no está firmando):**

Para pacientes que requieran traducción o lectura verbal de este documento, la persona que esté leyendo o traduciendo dicho documento y firma más abajo:

**Firma del Lector/Traductor Fecha:**

**AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que el Aviso de Oncología Texas de Prácticas de Privacidad provee información acerca de la práctica y su fuerza de trabajo puede usar y/o liberar información de salud protegida mía para tratamiento, pago, operaciones de cuidados de salud, y donde sea permitido por la ley. Entiendo que Oncología Texas no puede ser responsable por el uso o re liberación de información por parte de terceras partes.

Reconozco que he recibido una copia en papel del Aviso de Oncología Texas acerca de Prácticas de Privacidad.

 **(Iniciales del Paciente)**

Página 1 de 1



**Autorización para la Liberación de Información Médica Fecha de la Solicitud:**

**Nombre del Paciente: FDN:**

**Dirección:**

**Al firmar este formulario, por medio de la presente autorizo lo siguiente:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Revelación del PHI del paciente desde:** | **Revelación del PHI del Paciente a:** |
| **Persona, Clase de Personas, u organización** | **Persona, Clase de Personas, u organización** |
| **Dirección****Lowell F Clark MD PA****212 S Florida Street****Bushnell, FL 33513****CORRECCION DE DIRECCION SOLICITADA** | **Dirección** |
| **Teléfono** | **Atención: Teléfono:****Registros FAX:** |

**PROPOSITO DE LA SOLICITUD: (Escoja una) Transferencia de Cuidado Personal Cobertura Ins. Otro .**

**TIPO DE REGISTRO SOLICITADO: (Escoja uno) Todos los Registros Médicos u OTRO**

**AUTORIZACION VALIDO PARA: (Escoja uno)**

 **Esta solicitud solamente**

 **Un año de la fecha de esta autorización o (ponga la fecha). Esta autorización aplica a los registros del tratamiento recibido en o previo a la fecha de esta autorización.**

 **La solicitud es por registros médicos de cualquier tratamiento futuro del tipo descrito anteriormente.**

**Entiendo que** la liberación de la información en este registro médico puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus humano de inmunodeficiencia (HIV). También puede incluir información relativa al comportamiento o servicios o tratamiento de salud mental, tratamiento por abuso de sustancias, o resultados de exámenes genéticos.

**Entiendo que** tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, sí lo hago por escrito, y lo dirijo a la persona o institución nombrada anteriormente

**Entiendo que** tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización, y que la institución nombrada anteriormente no puede negarse o rehusarse a proveer tratamiento si me niego a firmar.

**Entiendo que** se me podría hacer un cargo de hasta $1.00 por página por cada página copiada y que esta tarifa está dentro de los límites permitidos por las Leyes de Florida.

**Entiendo que** esta autorización expirará en un año a partir de la fecha de la firma más abajo a menos que se especifique lo contrario.

**Entiendo que** una vez la información es liberada, está sujeta a ser re liberada y podría no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

**Entiendo que** los asuntos discutidos en este formulario. Libero al proveedor, sus empleados, oficiales y directores, personal médico, y asociados de negocias de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la liberación de la información anterior a lo indicado y autorizado aquí.

He leído y entiendo la información en este formulario de autorización.

**Firma del Paciente o Representante Legal: Fecha:**

**Relación con el Paciente, sí el solicitante no es el paciente:**

**Escala de Somnolencia Epworth**

Nombre: Fecha de Hoy:

Su Edad (Años): Su Sexo (Masculino = M, Femenino = F):

¿Cómo será la probabilidad de quedarse dormido en las siguientes situaciones, en contraste con la sensación de sentirse solamente cansado? Esto se refiere a su forma habitual de vida en los últimos tiempos. Incluso si usted no ha hecho algunas de estas cosas recientemente tratan de averiguar cómo te habrían afectado.

Use la siguiente escala para escoger el **número más apropiado** para cada situación:

0 = **Nunca** dormitaría

1 = **Ligera Oportunidad** de dormitar

2 = **Oportunidad moderada** de dormitar

3 = **Alta Oportunidad** de dormitar

***Es importante que conteste cada pregunta lo mejor que pueda.***

**Situación de las Oportunidades para Dormitar (0-3)**

 **0 - 3**

Sentarse y Leer

Ver Televisión

Sentarse, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión)

Como un pasajero en un carro por una hora sin descanso

Acostado descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten

Sentado y hablando con alguien

Sentado calmadamente luego del almuerzo sin alcohol

En un carro, mientras está parado por unos minutos en el tráfico

 **TOTAL:**

**CIRCUNFERENCIA DE SU CUELLO EN PULGADAS**

***GRACIAS POR SU COOPERACION: THE CLARK CLINIC***

**\_\_ M.W. Johns 1990-97**

**\_\_\_\_**