

<b>DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE</b>		
<b>Nombre:</b>		
<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Número de teléfono de casa:</b>	<b>Número de teléfono celular:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>		
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	<b>Raza :</b>	
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda		
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>		
Seguro principal:	Fecha de vigencia:	
Nombre en la tarjeta:	Número de póliza:	
Seguro secundario:	Fecha de vigencia:	
Nombre en la tarjeta:	Numero de poliza:	
Médico primario:	Número de teléfono de primario:	
Médico de referencia:	Número de proveedor de referencia:	
<b>INFORMACION DEL EMPLEADOR</b>		
Empleador:	Número de trabajo:	
Dirección de Empleador:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
<b>En caso de una emergencia, ¿a quién deberíamos contactar:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>	<b>Número de teléfono de contacto de emergencia:</b>

#### **Autorización para el tratamiento**

Autorizo a West Orange Nephrology, LLC a realizar procedimientos y tratamientos, incluida la administración de medicamentos junto con otros procedimientos quirúrgicos y médicos que puedan ser necesarios. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo y por la presente asigno los beneficios pagaderos a West Orange Nephrology, LLC en el caso de que otro seguro de salud se convierta en principal sobre mi seguro de salud. Para proporcionar más continuidad de la atención, autorizo la divulgación de información médica a otros médicos especialistas. Además, cualquier servicio no cubierto por mi seguro se convertirá en mi responsabilidad ante los servicios de pago completos prestados por West Orange Nephrology, LLC.

Firma de paciente / tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC

1210 E. Plant St, Suite 120, Winter Garden FL 34787  
587 E. State Road 434, Suite 1011, Longwood FL 32750  
7960 Forest City Road, Suite 104, Orlando FL 32750

Phone: 407-297-8408 Fax: 407.297-8409

Estimado paciente,

Por favor llene la información de abajo. La oficina de West Orange Nephrology no llamará y dejará un mensaje a menos que usted haya autorizado hacerlo. Esto incluye recordatorios de citas, resultados de laboratorio, información de gráficos y ext. En el siguiente formulario, indique dónde, cuándo y con quién se siente cómodo para compartir información. Además, si hay alguien específico en relación con usted y no se siente cómodo compartiendo su información médica, háganoslo saber.

Autorizo a la oficina de West Orange Nephrology a que me llame a los siguientes números de teléfono:

Casa: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Cellular: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

El mejor día para llamarme es (encierra en un círculo todos los que corresponda) Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes

El mejor hora para llamarme es \_\_\_\_\_

Si no estoy disponible,(marque uno) está bien o no está bien para dejar un mensaje.

Le autorizo a compartir mi información médica con las siguientes personas (no proporcionaremos ninguna información a nadie de su relación, familia o relación sin su consentimiento personal)

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

## DIRECTIVAS AVANZADAS

Has designado a una persona en quien usted confie para que tome decisiones de atención médica por usted?

Si

No

Nombre de representante:

Numero de telefono de su representante :

Email:

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de paciente or representante : \_\_\_\_\_

# WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC

1210 E. Plant St, Suite 120, Winter Garden FL 34787  
587 E. State Road 434, Suite 1011, Longwood FL 32750  
7960 Forest City Road, Suite 104, Orlando FL 32750

Phone: 407-297-8408 Fax: 407.297-8409

## Consentimiento para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Yo, [REDACTED] doy mi consentimiento para que West Orange Nephrology utilice o divulgue mi información médica protegida con el propósito de diagnosticarme o proporcionarme tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica de WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC. Entiendo que los diagnósticos o tratamientos de mi parte por parte de West Orange Nephrologists pueden estar condicionados a mi consentimiento como evidencia por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción sobre cómo se utiliza o divulga mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de su consultorio. WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC no está obligado a aceptar las restricciones que puedo solicitar, la restricción es vinculante para WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Mi "información de salud protegida" se refiere a la información de salud, incluida mi información demográfica, que he recopilado y creado o recibido de mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o una cámara de compensación de atención médica. Esta información de salud protegida se relaciona con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura y me identifica, o existe una base razonable para creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC antes de firmar este documento. Se me ha proporcionado la Notificación de Prácticas de Privacidad de WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC. El Aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica de WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC. El Aviso de prácticas de privacidad para WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC también se proporciona 10000 W. Colonial Dr, Ocoee, FL 34761. El Aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y las obligaciones de WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que debo llamar a la oficina de WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC con 24 horas de anticipación para reprogramar. Nos gustaría acomodar a otros pacientes en nuestra lista de espera. WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC se reserva el derecho de cobrar \$ 50.00 por cualquiera y todas las citas rotas.

WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad. Puedo obtener un aviso revisado de prácticas de privacidad llamando a la oficina y solicitando una copia revisada para enviar por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita

---

**Firma de paciente o Representante personal**

---

**Nombre de paciente o Representante personal**

---

**Fecha**