

Modern Times Women's OB-GYN

Idalia Talavera, MD & Rahil Malik MD

1200 N University Drive

Plantation, FL 3322

954-791-3090 Office / 954-791-3166 Fax

Estimado paciente:

Bienvenido a la práctica del la Dr. Idalia Talavera y el Dr. Rahil Malik se le agradece por elegirnos como su médico especialista. Para asistirle en planear el costo de su cuidado médico, quisiéramos informarle de nuestras políticas financieras, que le solicitamos que por medio de esto que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento.

SEGURO MEDICO / RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Nuestra oficina es feliz aceptar su seguro a la hora de su visita y nosotros le enviaremos el reclamo de la visita a su seguro. Porque su seguro es un contrato entre usted y su seguro no podemos vernos implicados en conflictos con respecto los pagos, los deducibles, los co-pagos, los cargos no cubiertos, o a cualquier otra negación de pagos por su seguro. **Es parte de nuestro acuerdo contractual con cualquier seguro y su política de programas HMO o del PPO de cobrarle por su co-pago.** No podemos ampliar ninguna cortesía financiera por éstos cargos. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a su cobertura de seguro y su contacto; por favor le pedimos llame a su seguro para que un representante del seguro le explique. **Tenemos derecho de enviar su cuenta a una agencia de colección y cobros si el saldo de su cuenta se convierte delincente por más de 90 días. Usted será responsable de pagar cualquier cargo por retraso y cargo de la agencia de colección.**

REFERIDOS:

Es responsabilidad del paciente obtener todos los referidos que sean necesarios para cualquier tratamiento dado en esta oficina. **Es su responsabilidad obtener ese referido y de saber si usted necesita o no un referido para ver un especialista.** Si no se recibe el referido en la oficina el día de su cita usted tendrá que cambiar su cita con el doctor para otro día o Si usted todavía desea ser visto por el doctor sin un referido usted entiende que usted será responsable de la cuenta por ese día de servicio si su seguro no paga.

FALTAR A SU CITA:

Nuestra oficina entiende que hay circunstancias que conducen a pacientes a faltar a las citas, al mismo tiempo, le pedimos que entienda que faltar a su cita le toma tiempo a otros pacientes que necesitan ver al doctor también. A menos que usted cancele su cita en por lo menos 24 horas de anticipación, **nuestra política es de cargar a su cuenta la cantidad de (\$65.00) por faltar a si cita** sin importar que tipo de seguro tenga. El seguro no cubre este cargo y éste será su responsabilidad. **Ayúdenos por favor a servirle mejor viniendo a sus citas o llamarnos en cuando menos 24 horas de anticipación para cambiar su cita en una manera oportuna.**

HE LEÍDO, ENTENDIDO Y CONVENGO CON ESTA POLÍTICA FINANCIERA.

Nombre del Paciente

FIRMA

FECHA

Bienvenido a Modern Times Women's OB-GYN Assoc.; LLC

Vine a ver a: () Idalia Talavera, MD o a () Rahil Malik MD ¿Está usted Embarazada? () Si () No

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Dirección: _____ E-Mail: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZipCode: _____

Teléfono de: Casa _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Seg. Social # _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Soltera Casada Divorciada
Viuda

Nombre De La Compañía: _____ Ocupación: _____

En una Emergencia llamar a: _____ Telefono: _____ Relación con paciente: _____

¿Quien lo refirió? ¿A quien le debemos su visita? _____

Nombre del Doctor Primario: _____ Telefono: _____ Fax: _____

Language Primario: English Spanish Creole Other

Seguro Primario: _____ SI USTED NO ES EL PRIMARIO EN EL SEGURO COMPLETE: _____

Nombre del asegurado principal: _____ Numero de polica: _____ Fecha de nac: _____

Seg Social # _____ Relación con el Paciente _____

Compañía: _____

Seguro Secundario: _____ SI USTED NO ES EL PRIMARIO EN EL SEGURO COMPLETE: _____

Nombre del asegurado principal: _____ Fecha de nac: _____

Seg Social # _____ Relación con el Paciente _____

Compañía: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS: _____ **Numero de Farmacia:** _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo, el signatario, a nombre del paciente que aparece el nombre arriba, consiente por este medio a y autoriza todos los tratamientos de diagnóstico y terapéuticos considerados necesarios o recomendables en el juicio del médico que atiende.

Beneficios De Seguro: Autorizo el pago de mis beneficios médicos a la Dr. Idalia Talavera, y Dr. Rahil Malik. Y También entiendo que todos los pagos para la asistencia médica son mi responsabilidad a menos que sean prescritos por la ley.

AUTORIZACIÓN DE MENEJO DE INFORMACIÓN: Autorizo el manejo de cualquier información médica necesaria para poder procesar cualquier reclamo a mi seguro médico.

RECONOCIMIENTO Y AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco puedo tener una copia del AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDA. Entiendo que si tengo cualesquier preguntas o quejas con respecto a mis derechos de estas practicas que puedo entrar en contacto con la persona asignada en el folleto. Entiendo también que se me ofrecerá copia de cualquier cambio en el AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ya sea si se enmienda, se modifica, o se cambia de cualquier manera.

() **El paciente rechazó firmar el AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** () **El paciente no pudo firmar porque:** _____

FIRMA

FECHA

✓ Por favor complete para nuestros archivos; Marcar o describir todo lo que corresponda:

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha Nacimiento: _____

EMAIL: _____

Fecha ultima menstruación: ____/____/____

Ultimo Pap smear (citología) ____/____/____

Ultimo Mamograma ____/____/____

Última Colonoscopia ____/____/____

Alergia a Medicamento: O No O Si: _____

Total De Embarazos _____ # Paridos _____

Abortos _____ # Perdidas _____

Método de Contracepción:

- O Esterilización de tubos O Menopausia
O Pastillas O IUD
O DEPO O No activa sexualmente
Otro: _____

Historial Médico

- O Cáncer Describa _____
O Diabetes O Presión alta
O Problemas Corazón O alcoholismo
O Epilepsia O Abuso de drogas
O Depresión O Ulceras
O Glaucoma O Fibromas
O Asma O Ninguna
O Otro Describa _____

Historial de Cirugías

- O Cesárea O Esterilización de tubos
O Histerectomía O Apendectomía
O Remoción de amígdalas O Aumento de seno
O Reducción de seno O Ninguno
Otro Describa: _____

Experiencia usted:

- O Problemas de depresión
O Violencia domestica

Hay algo más que le gustaría discutir con el médico?

Historial Familiar:

- O Cáncer Describa _____
O Diabetes O Presión alta
O Problemas Corazón O alcoholismo
O Epilepsia O Abuso de drogas
O Depresión O Ulceras
O Glaucoma O Suicidio
O Ninguna O Otro Describa _____

Historial Social:

- O Casada O Soltera
O Separada O Divorciada
O Fumo / Al día _____ O No Fumo
O Sexualmente activa O Uso de Alcohol
O Uso de Drogas O Sigo Dieta
O Hago Ejercicio / Nunca / 2-3 veces en semana/ Diario
O Objeciones religiosas a la transfusión de sangre
Otro: _____

Review of Systems:

General: O Ha ganado peso O perdido peso

O cansada O Sufre insomnio O "Hot flushes"

Respiratorio: O falta respiración O Tos

Otro: _____

Neuro-Muscular: O Dolor espalda O Dolor de cabeza

O Dolor articulaciones Otro: _____

Gastrointestinal: O Nauseas O Vómitos O Diarrea

O Acides O Constipación O Gases

O Perdida de apetito

Genitourinario: O Dolor al orinar O Sangre en orina

O Dolor durante acto sexual O Dolor con menstruación

O Sangrado en exceso con la menstruación O Dolor pélvico

O Incontinencia o frecuencia urinaria

Otro: _____

Modern Times Women's Ob-Gyn Assoc.; LLC
Idalia Talavera MD & Rahil Malik MD
1200 N University Drive
Plantation, Florida 33322

Estimado paciente:

Actualmente ofrecemos a nuestros pacientes la prueba de HPV alto riesgo solamente aprobado por la FDA. Esta nueva prueba es viral y altamente sensible se utilizada conjuntamente con una prueba de Papanicolaou para la detección del cáncer cervical en mujeres de más de 30 años. Infección persistente con alto riesgo virus del papiloma humano (HPV) es la principal causa de cáncer de cuello uterino. Algunas cosas importantes a saber sobre el HPV y el cáncer cervical:

- La mayoría de las mujeres tendrán HPV en algún momento durante sus vidas, pero muy pocas desarrollan cáncer de cuello uterino.
- Cáncer de cuello uterino se desarrolla si una infección por HPV persiste durante muchos años.
- La prueba de Papanicolaou busca cambios celulares anormales en el cuello uterino que ocurren como resultado de una infección persistente de HPV de alto riesgo. La prueba de HPV busca por una infección con el HPV.
- Cuando se utilizan conjuntamente, estas pruebas pueden mostrar con casi 100 % de certeza que no tienes enfermedades del cuello uterino. Las mujeres que un resultado negativo para HPV de alto riesgo y tienen una prueba normal de Papanicolaou, no tienen prácticamente ningún riesgo de desarrollar cáncer cervical antes de su próximo visita.
- Conocer su estado de HPV ayuda a usted y su proveedor de determinar la frecuencia con debe ser examinados. La detección temprana de cambios celulares precancerosos es la clave para prevenir el cáncer de cuello uterino.
- Su estado de HPV no es un indicador confiable de usted o de comportamiento sexual de su pareja. HPV puede permanecer latente en células cervicales durante muchos años antes de convertirse en una infección activa.

La mayoría de las compañías de seguros cubren la prueba de HPV alto riesgo cuando se usa con una prueba de Papanicolaou para el cáncer cervical rutinario a las mujeres de 30 o más. Sin embargo, el beneficio individual que usted o su empleador ha adquirido puede o no puede cubrir la prueba. Si la prueba no es pagada por su compañía de seguros, usted recibirá una factura del laboratorio. Si le pregunta a su proveedor el costo aproximado de la prueba de HPV le dirá que **el costo aproximado de esta prueba varía entre \$ 95 hasta \$155 pero muchos seguros en estos tiempos cubren esta prueba.**

He leído la información anterior y **Acepto que si** se haga la prueba de HPV con mi prueba de Papanicolaou. También estoy de acuerdo pagar la prueba de HPV si mi seguro no cubre el costo.

He leído que la anterior información y **NO deseo** que la prueba de HPV se haga en este momento.

X _____
Firma del paciente

Fecha: _____

Nombre del paciente (escriba claro)

Aviso De Prácticas De Privacidad

Modern Times Women's OB-GYN Associates

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USAR Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CON ATENCIÓN.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica: Se describe como sigue es las maneras en que podemos usar y divulgar información de salud que le identifica a usted (información de salud). Excepto para los siguientes propósitos, vamos a utilizar y divulgar su información médica sólo con su permiso por escrito. Usted puede revocar tal autorización en cualquier momento por escrito a nuestra práctica.

Tratamiento:

Podemos usar y divulgar su información médica para su tratamiento y para proporcionarle los servicios de salud relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información médica a doctores, enfermeras, técnicos y otro personal, incluyendo personas fuera de nuestra oficina, que participan en su atención médica y necesitan la información para proporcionarle atención médica.

Pago:

Podemos usar y divulgar su información médica para que nosotros u otros podamos facturar y recibir pago de usted, una compañía de seguros o un tercero para el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos dar su información de plan de salud para que pagarán por su tratamiento.

Operaciones de atención médicos:

Podemos utilizar y divulgar información médica para fines de atención médica de la operación. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información para asegurarse de que el cuidado médico que recibe es de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de atención médica de la operación.

Recordatorios de citas, salud y alternativas de tratamiento, beneficios y servicios relacionados.

Podemos utilizar y divulgar información médica para contactarle y recordarle que usted tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

Individuos involucrados en su cuidado o el pago de su atención.

Cuando sea apropiado, podemos compartir información médica con una persona que participa en su atención médica o el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad en un esfuerzo de alivio de desastre.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento a aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Antes de que usemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin autorización especial, podemos permitir los investigadores registros para ayudarles a identificar a los pacientes que pueden incluirse en su proyecto de investigación o para otros propósitos similares, siempre y cuando no retire ni tomar una copia de cualquier información de salud.

Las actividades de recaudación de fondos. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para poder ubicarte para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. (Opcional) Si no quieres recibir estos materiales, por favor envíe una solicitud por escrito al oficial de privacidad.

SITUACIONES ESPECIALES:

Requeridas por la ley. Divulgaremos información de salud cuando así lo requiere la ley internacional, federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad.

Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Revelaciones, sin embargo, se hará sólo a alguien que puede ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados de negocios. Podemos divulgar información médica a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para realizar la facturación de servicios en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que como se especifica en el contrato.

Violación de datos con fines de notificación. Podemos utilizar su información de contacto para proporcionar avisos requeridos legalmente de adquisición no autorizada, el acceso o la divulgación de su información médica. Podemos enviar aviso directamente a usted o notificar al patrocinador de su plan a través del cual recibe cobertura.

Donación de órganos y tejido. Si usted es un donante de órganos, podemos utilizar o divulgar información de salud a organizaciones que manejan la adquisición de órganos u otras entidades que participan en licitaciones; banca o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar de órganos, ojos o tejidos donación; y trasplante.

Militares y veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica según lo requerido por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información médica a la autoridad militar extranjera correspondiente si eres un miembro de un ejército extranjero.

Compensación. Podemos divulgar información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por accidente de trabajo o enfermedad.

Salud pública riesgos. Podemos divulgar información médica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen revelaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; nacimientos de informe y muertes; abuso de informe o negligencia; reacciones de informe a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas retiradas de productos que pueden estar usando; una persona que han estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad de gobierno apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted:

Acceso a registros electrónicos. La tecnología de la información de salud para la salud económica y clínica. Ley de alta tecnología permite a las personas para pedir copias *electrónicas* de su PHI contenida en registros electrónicos de salud o solicitar por escrito o electrónicamente otra persona reciba una copia electrónica de estos registros. Las reglas finales de ómnibus amplían el derecho de una persona para acceder a los registros electrónicos o dirigir que ser enviado a otra persona para incluir no sólo registros electrónicos de salud sino también todos los registros en uno o más conjuntos de registros designados. Si la persona solicita una copia electrónica, deben ser proporcionados en el formato solicitado o en un formato de acuerdo mutuo. Entidades cubiertas pueden cobrar a individuos por el costo de cualquier medio electrónico (como una unidad flash USB) utilizado para proporcionar una copia de la PHI de la electrónica.

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información de salud que pueden utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, excepto las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información de salud, debe hacer su petición, por escrito.

Derecho a enmendar. Si usted cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información se mantiene por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, usted debe hacer su petición, por escrito.

Derecho a una contabilidad de accesos. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones que hicimos de información médica para fines que no sean de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o que proporcionaste autorización por escrito. Para solicitar una contabilidad de accesos, usted debe hacer su petición, por escrito.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no compartamos información sobre un determinado diagnóstico o tratamiento con su cónyuge. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su petición, por escrito.

No estamos obligados a aceptar su petición. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia.

Derecho a la comunicación mediante solicitud confidencial. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una cierta manera o en cierto lugar.

Por ejemplo, usted puede solicitar que sólo te contactamos por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicación confidencial, usted debe hacer su petición, por escrito. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Acomodamos las peticiones razonables.

Derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede pedirnos que le dará una copia de este aviso en cualquier momento.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso a la nueva notificación se aplica a la información de salud que ya tenemos así como cualquier información que recibamos en el futuro.

Publicaremos una copia de nuestra notificación actual en nuestra oficina. La notificación contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Todas las quejas deben hacerse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Modern Times Women's OB-GYN Associates
1200 N. University Drive, Suite 1, Plantation, FL 33322

Office: 954-791-3090
Atención: Compliance Contact

Por favor firmar el "Reconocimiento"

Modern Times Women’s Ob-Gyn Assoc.; LLC

Idalia Talavera MD & Rahil Malik MD

1200 N University Drive

Plantation, Florida 33322

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN PÉLVICO

Estimado paciente::

A partir del 1 de julio de 2020, la ley de Florida requiere que se obtenga un consentimiento por escrito del paciente para realizar los componentes críticos de su examen de salud y eso incluye el examen pélvico femenino.

Este proyecto de ley (s. 456.51, F.S.) requiere que un profesional de la salud tenga el consentimiento por escrito de un paciente o el representante legal de un paciente para realizar un examen pélvico.

En ciertas condiciones, un profesional de la salud puede realizar un examen pélvico sin consentimiento por escrito si:

- Un tribunal ordena la realización del examen para la recopilación de pruebas;
- El examen es inmediatamente necesario para evitar un riesgo grave de daño físico inminente, sustancial e irreversible de una función corporal importante; o
- El examen se indica en la atención estándar para un procedimiento que el paciente ha consentido.

Al firmar este documento, nos permite realizar todos los componentes de su examen físico de rutina, incluido el examen pélvico (consulte a continuación) en un consultorio u hospital.

Examen pélvico: “La serie de tareas que comprende un examen de: la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o el tejido u órganos pélvicos externos usando cualquier combinación de modalidades, que pueden incluir, entre otras, las del proveedor de atención médica mano enguantada o instrumentación.

Puede retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento mediante un aviso por escrito.

Nombre

Fecha: _____

Firma