



SIMON MIGUEL EDELSTEIN, M.D., M.P.H.  
CARLOS I. BUSTAMANTE, M.D., F.A.C.P.  
DANIEL KASWAN, M.D.

INFECTIOUS DISEASES

20814 WEST DIXIE HIGHWAY, AVENTURA, FLORIDA 33180 (305) 933-8433 FAX (305) 933-9115

**POR FAVOR ESCRIBA**

**APELLIDO** \_\_\_\_\_ **PRIMER NOMBRE** \_\_\_\_\_ **SEGUNDO NOMBRE** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**TELEFONO DE CASA** \_\_\_\_\_ **TRABAJO** \_\_\_\_\_ **CELULAR** \_\_\_\_\_

**DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL (CIRCULO UNO) CASADO SOLTERO VIUDO DIVORCIADO SEPARADO OTRO**

**SEXO (CIRCULO UNO) HOMBRE MUJER**

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS** \_\_\_\_\_

**REFERIDO POR** \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

**DIRECCION DEL EMPLEADOR** \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA** \_\_\_\_\_ **RELACION** \_\_\_\_\_

**DIRECCION DE CONTACTO DE EMERGENCIA** \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA NUMEROS DE TELEFONO:**

**CASA** \_\_\_\_\_ **TRABAJO** \_\_\_\_\_ **CELULAR** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

Bienvenido a nuestra oficina! Le provereemos lo mejor con la mejor atención médica posible, nosotros queremos que usted nos suministre la siguiente información. Todo esta información es estrictamente confidencial y solo se divulgará con su permiso por escrito.

**RAZON POR LA CITA HOY:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**MALESTAR:** \_\_\_\_\_

Historia medica pasada:	No	SI	Solamente para el doctor; Si hay algun cambio en la historia Inicial
Tuvo usted una de las siguientes:			Por favor especifique dias y cambios en la condición:
Alergias, Asma, Alergias ambientales			
Anemia			
Artritis			
Cancer			
Eficema			
Problemas del corazón			
Problemas mentales			
Fiebre reumatica			
Derrame cerebral, dolor de cabeza, embolia			
Tiroide			
Osteoporosis			
Glaucoma			

**Historia quirurgico:**

Historia Social:	No	SI	Si es si, por favor explique desde cuando:
Usted fuma?			
Usted toma?			
Usted usa drogas?			

Historia de Familia:	No	SI	Miembro de la Familia	Edad	Vivo	Especifique la Enfermedad
Tuvieron los Padres o Hermanos:						
Derrame cerebral, dolor de cabeza, convulsiones			Padre		N S	N S
Enfisema			Madre		N S	N S
Problemas de corazón / Presion alta			Hermano		N S	N S
Cancer			Hermana		N S	N S
Diabetis or Enfermedad de tiroides			Otro:		N S	N S

Revision de sistemas:	Circule si aplica:
Ojos	Espejuelos Lentes de Contacto Vision Borrosa Ojos Llorosos Dolor de Ojos
HENT	Goteo Nasal Problemas de Audición Dolor de Garganta Amigdalita Boca
Cardiovascular	Presion Alta Pulsa Rapida Hinchazon Dificultad respirar Dolor de Pecho Corazón Murmullo
Respiratorio	MVP Insuficiencia Cardiaca Pacemaker Desfibrilador Enfermedad de Arteria Disease Coronaria
GI	Sibilancias Toz Grippas
Higado	Difficultad Tragar Gastritis Ulceras Reflujo Hernia Acidez
GU	Dolor de Estomago Diarrea Sin Apetito Sangre en las Heces Otro:
Musculosqueletal	Hepatitis A, B, C, Cirrosis Si es si alcoholico o nonalcoholico Otro tipo de Hepatitis
Integumentario/Piel/Pecho	Problemas de la Urina Secreciones Post Menopausia Ultima PAP
Neurologico	Dolor o Hinchazon de Musculos/Articulaciones Calambres Musculares Debilidad
Psiquiatrico	Problemas en la Piel Picazon Ulceras Ultima Mamografia:
Endocrino	Mareos Entumecimientos Tremblon Memoria Dolor de Cabeza
Hematologico/Lymfatico	Nervioso con extranos Depresion Problemas de Alcohol/Drogas
Alergias	Problemas Tiroide Transpiracion Diabetis
	Hematologico/Lymfatico: AIDS/HIV Swollen Nodes Hematoma Excesivo /Sangria
	Alergico a: Reaccion:

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Revisado por Dr.:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

SIMON MIGUEL EDELSTEIN, M.D., M.P.H.  
CARLOS I. BUSTAMANTE RIVAS, M.D.  
DANIEL KASWAN, M.D.  
ANDRES RIVERO, M.D.  
PAOLA SOLARI, M.D.

CHRISTINA L. PALINO, PA-C  
JAMESE SYMONETTE, ARNP  
VERONICA TORRES, ARNP

INFECTIOUS DISEASES

20814 WEST DIXIE HIGHWAY, AVENTURA, FLORIDA 33180 (305) 933-8433

## CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y EL ACCESO DE SU INFORMACIÓN DE LA SALUD

### SECCIÓN A: Consentimiento que da paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_

### SECCIÓN B: Al paciente - lea por favor las declaraciones siguientes cuidadosamente

**Propósito o consentimiento.** Por firmar esta form, a usted consentirá a nuestro uso y acceso de su información protegida de la salud de realizar el tratamiento, actividades del pago y operaciones del cuidado de la salud.

**Aviso de las prácticas de la aislamiento.** Usted tiene la derecha de leer nuestro aviso de las prácticas de la confidencialidad antes de que usted decida si firmar este consentimiento que nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades del pago y operaciones del cuidado de la salud, de las aplicaciones y de los accesos podemos hacer de su información protegida de la salud, y de otras materias importantes sobre su información protegida de la salud. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a que la lea cuidadosamente y totalmente antes de firmar este consentimiento.

Reservamos la derecha de cambiar nuestras prácticas de la confidencialidad según lo descrito en nuestro aviso de las prácticas de la confidencialidad. Si cambiamos nuestras prácticas de confidencialidad, publicaremos un aviso revisado de las prácticas de la confidencialidad, que contendrán los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de nuestra información protegida de la salud que mantengamos.

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de las prácticas de la confidencialidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento entrando en contacto con:

Persona del contacto: **Edelstein & Bustamante, M.D.'s, P.A.**  
20814 WEST DIXIE HIGHWAY  
AVENTURA, FLORIDA 33180  
Phone: (305) 933-8433

**Derecho de revocar.** Usted tendrá la derecha de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos el aviso escrito de su revocación sometida a la persona del contacto enumerada arriba. Entienda por favor que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomáramos en confianza en este consentimiento antes de que recibiéramos su revocación, y que podemos declinar tratarle o continuar tratándole si usted revoca este consentimiento.

### FIRMA

Yo, \_\_\_\_\_ he tenido oportunidad completa de leer y de considerar el contenido de esta forma del consentimiento y el aviso de las prácticas de la confidencialidad. Entiendo que, firmando esta forma del consentimiento, estoy dando mi consentimiento al uso y acceso de mi información protegida de la salud de realizar el tratamiento, las actividades del pago y las operaciones del cuidado de la salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, relación: \_\_\_\_\_

CONTACTO de EMERGENCIA \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

SIMON MIGUEL EDELSTEIN, M.D., M.P.H.  
CARLOS I. BUSTAMANTE RIVAS, M.D.  
DANIEL KASWAN, M.D.  
ANDRES RIVERO, M.D.  
PAOLA SOLARI, M.D.

CHRISTINA L. PALINO, PA-C  
JAMESE SYMONETTE, ARNP  
VERONICA TORRES, ARNP

INFECTIOUS DISEASES

20814 WEST DIXIE HIGHWAY, AVENTURA, FLORIDA 33180 (305) 933-8433

## RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

**\*\*\*\* USTED PUEDE REHUSAR FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO \*\*\*\***

Entiendo que, bajo el acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la confidencialidad con respecto a mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada:

- Para conducir, planear y dirigir mi tratamiento y como carta recordativa para los múltiples abastecedores del cuidado de la salud que pueden estar implicados directamente o indirectamente con mi tratamiento.
- Para obtener el pago de pagadores de tercera persona.
- Para conducir las operaciones normales del cuidado de la salud tales como evaluaciones de calidad y las certificaciones del médico.

He recibido, leído y entendido su *Aviso de las Prácticas de Confidencialidad* que contiene una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Aviso de las Prácticas de Confidencialidad* de tiempo en tiempo y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento a la dirección que esta arriba, para obtener una copia actual del *Aviso de las Prácticas de Confidencialidad*.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja cómo mi información privada es utilizada o divulgada para realizar el tratamiento, pagos u operaciones del cuidado médico. También entiendo que no se requiere que estén de acuerdo con estas restricciones, pero si usted conviene, usted esta limitado para cumplir con tales restricciones.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, relación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procuramos obtener por escrito el reconocimiento del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Confidencialidad, pero no fue posible obtenerlo porque:

- El paciente rehusó para firmarlo
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia evitó que obtuviéramos el reconocimiento
- Otro \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

SIMON MIGUEL EDELSTEIN, M.D., M.P.H.  
CARLOS I. BUSTAMANTE, M.D., F.A.C.P.  
DANIEL KASWAN, M.D.

INFECTIOUS DISEASES

---

20814 WEST DIXIE HIGHWAY, AVENTURA, FLORIDA 33180 (305) 933-8433 FAX (305) 933-9115

FECHA: \_\_\_\_\_

YO ENTIENDO QUE ANTES DE MI PROXIMA VISITA CON EL DOCTOR  
EDELSTEIN/BUSTAMANTE/KASWAN/RIVERO/SOLARI, YO SOY RESPONSABLE DE OBTENER MY PROPIO  
REFERIDO O NUMERO DE AUTORIZACION DE MI DOCTOR PRIMARIO Y TAMBIEN TRAER MIS ANALISIS  
MAS RECIENTES.

ESTOY INFORMADO QUE LOS PACIENTES QUE NO TRAER SU REFERIDO CON EL PROPIO NOMBRE DE  
DOCTOR O NUMERO DE AUTORIZACION, DISPONIBLE NUMERO DE VISITAS, Y RECIENTE ANALISIS, MI  
CITA CON EL DOCTOR SERIA CANCELADA.

x \_\_\_\_\_

LOS SIGUIENTES SEGURO REQUIEREN REFERIDOS:

AVMED

MY BLUE

AETNA/COVENTRY

CAREPLUS

CIGNA

HUMANA

MEDICAID PACIENTES CON SUPLEMENTOS SEGUROS

NHP/UNITED

COMPENSACION DE WORKMAN'S

\*\*\* PORFAVOR RECUERDE QUE SU DOCTOR PRIMARIO PROPORCIONA EL REFERIDO O AUTORIZACION  
Y ES SU RESPONSABILIDAD DE OBTENER ESTA INFORMACION PARA SU CITA.\*\*\*