

CASTILLO & TORRES MD PA
2328 S Congress Ave Suite 1E
Palm Springs, FL 33406
PH# 561-324-7224
Fax# 561-225-1780

CASTILLO & TORRES
3046 S Congress Ave
Palm Springs, FL 33461
Ph# 561-324-7224
Fax# 561-225-1780

Fecha: _____

Nombre: _____

Apellido _____ Segundo Nombre _____ Primer Nombre _____

Estado Civil: ____ Soltera/o ____ Casada/o ____ Divorciada/o ____ Viuda/o ____ Conyugue

Sexo: Hombre ____ Mujer ____ Orientacion Sexual: _____

Dirección Permanente: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Teléfono de la casa: () _____ - _____

Teléfono Celular: () _____ - _____

Teléfono del trabajo: () _____ - _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de Social: _____

Información del Empleador:

Nombre de Empleador: _____ Teléfono de Empleador: _____

Ocupación: _____

Información del Seguro Médico:

Nombre del Seguro Médico: _____

Dirección del Reclamo: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Identificación: _____ Grupo: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre del Titular de Póliza: _____

Seguro Social: _____

Nombre : _____

Relacions Del Paciente: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Dirección: _____

Estado

Código Postal

Telefono de la Farmacia: _____

☐ Sin Medicacion

[illegible]

Alergias de medicamentos: ☐ Si ☐ No Alergias a Medicamentos/Otro

[] Penicilina

[] Sulfa

[] Tetraciclina

[] Cinta Adhesiva

[] Látex

[] Yodo

[] Otro: _____

Anteriormente

Presente

Cantidad

☐ Tabaco

[]

[]

[] Alcohol

[]

[]

[] Drogas

[]

[]

☐ Ninguno

HISTORIA FAMILIAR:[] **Historia Familiar Desconocida****Limitar a padres, abuelos, hermanos**

	Miembro de la Familia
Enfermedad de las Arterias Coronarias	
Hipertensión	
Hiperlipidemia	
Accidente Cerebrovascular	
Diabetis	
Enfermedad Renal	
Cáncer de Senos	
Cáncer del Colon	
Cáncer de Próstata	
Enfermedad Mental	
Otro	

HISTORAL MEDICO PREVIA:**SI NO****SI NO****SI NO**

Angina			Reflujo Gástrico			Cáncer de Ovario		
Fibrilación Auricular			Hepatitis			Cáncer de la Piel		
Insuficiencia Cardíaca Congestiva			Hernia			Cáncer del Estomago		
Hipertensión			Síndrome del intestino irritable			Cáncer Uterino		
Hiperlipidemia			Colitis Ulcerosa			Trastorno Bipolar		
Prolapso de la Válvula Mitral			Hiperplasia Prostática Benigna			Ansiedad		
Infarto de Miocardio Previo			Infección del tracto urinario frecuente			Depresión		
Palpitaciones			Incontinencia			Demencia		
Enfermedad Vascular Periférica			Cálculos renales			Insomnio		
Accidente Cerebrovascular			Osteoartritis			Hipotiroidea		
Asma			Osteopenia			Otro:		
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica/ Enfisema			Osteoporosis					
Bronquitis Crónica			Artritis Reumática					
Apnea del Sueno			Cataratas					
Hipertiroidismo			Glaucoma					
Hipertensión			Degeneración Macular					
Nódulo Toróide			Rinitis Alérgica					
Diabetis Tipo I			Sinusitis Crónica					

Diabetes Tipo II			Cáncer del Seno					
Pólipos del Colon			Cáncer del Colon					
Enfermedad de Crohn"			Cancel del Pulmón					
Diverculosis			Cáncer del Hígado					
Cálculos Bilares			Cáncer de la Próstata					

HISTORIAL QUIRUIJICO:

SI NO

SI NO

Extirpación del Apéndice			Amigdalectomía		
Resección del Colon			Cirugía de Sinusitis		
Colostomía			Eliminación de Tiroide		
Extracción de la Vesícula Biliar			Bypass de Arteria Coronaria		
Bypass Gástrico			Reparación de Válvula		
Reparación de Hernia			Marcapaso		
Hemorroides Eliminada			Bypass Femoropoplíteo		
Laparoscopia			Remoción de Cáncer de Piel		
Cirugía de Catarata			Desvarectomía		
Cesa sariá			Muela de Juicio		
D y C			Cirugía de espalda		
Histerectomía			Cirugía del Cuello		
Ligación Tubal			Reemplazo de Rodilla		
Mastectomía D o I			Reemplazo de Cadera		
Aumentación de Senos			Otro		

Elija si ha tenido alguno de estos procedimientos:

Procedimientos	Fecha
Colonoscopia	
Endoscopia	
Prueba de Esfuerzo	
Papanicolau	
Mamografía	
Densidad de los Huesos	
Examen Físico	
Vacuna contra la Gripe	
Vacuna de Neumonía	
Vacuna Gardasil (VPH)	
Vacuna Zostavax (Culebrilla)	
WOMEN ONLY	

Edad de inicio de la menstruación:
Fecha de ultimo día de menstruación:
Número de días de sangrado:
Menstruaciones abundantes, irregularidades, manchas, dolor, secreción:
Flujo, ligero, mediano, abundante:

TIPO DE PARTO:

ANO	SEXO	VAGINAL	CESARIA	COMPLICACIONES

Razón de la visita Hoy: _____

Firma

Nombre

Fecha

Consentimiento para el Manejo de Cuidados Crónicos (CCM)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____
/____/____

¿Qué son los Servicios de CCM?

Los servicios de Manejo de Cuidados Crónicos (CCM) ayudan a manejar su salud entre visitas médicas. El programa ofrece una serie de actividades no presenciales y servicios adicionales especialmente para nuestros pacientes de CCM.

Por ejemplo:

- Tendrá un Equipo de Atención dedicado que conoce sus condiciones.
- Ayudamos activamente en la gestión de todos sus medicamentos.
- Coordinamos visitas con sus proveedores, instalaciones, laboratorios, radiología y/u otros servicios médicos.
- Proporcionamos una gestión personalizada y completa del plan de cuidados.

Su Plan de Cuidado

Su Plan de Cuidado incluye información valiosa que le ayudará a entender sus condiciones médicas y a mantenerse lo más saludable posible. Sus cuidadores y otros proveedores autorizados pueden acceder a su Plan de Cuidado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, utilizando nuestro portal médico seguro en caso de que necesite atención cuando no estemos disponibles.

Consiento en permitir que mi Doctor(a) y sus designados realicen CCM en mi nombre. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento notificando a mi médico de atención primaria. Acepto participar en el Programa de Manejo de Cuidados Crónicos.

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE DEL PACIENTE

___/___/___

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE/REPRESENTANTE DEL PACIENTE
FECHA

CASTILLO & TORRES MD PA

2328 S Congress Ave Suite 1E

Palm Springs, FL 33406
Coconut Creek, FL 33063

3046 S Congress Ave
Rd

Palm Springs, FL 33461

1307 Lyons

PH# 561-324-7224

Ph# 561-324-7224

Ph# 954-727-8848

Fax# 561-225-1780

Fax# 561-225-1780

Fax# 561-225-1780

LIBERACION DE INFORMACION:

LIBERACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro. Permito que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar del original.

La siguiente persona puede tener acceso a mi información médica:

Name:

Relación con el paciente:

OR

() No me deje mensajes ni divulgue información a nadie. Hable directamente conmigo antes de divulgar información médica.

Al firmar esta autorización, entiendo que los expedientes médicos liberados pueden contener información relacionada con el estado de VIH, enfermedades de transmisión sexual y otra información personal.

Firma

Fecha

Consentimiento para el tratamiento:

Autorizo la solicitud y el consentimiento para la realización de procedimientos de consultorio considerados necesarios por el médico y su personal.

Firma

Fecha

Si el paciente tiene menos de 18 años de edad

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Fecha

CASTILLO & TORRES MD PA

Resumen de Privacidad de Practicas

Una copia del “Aviso De Privacidad de Practicas” completo está disponible previa solicitud o llamando al 561-324-7224.

NUESTRA PRIVACIDAD DE PRACTICA

Mientras le brindamos servicios de atención médica, podemos usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, realizar pagos, operaciones de atención médica en nuestras instalaciones y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluida información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y el servicio de atención médica relacionado.

Algunas de las formas en que podríamos usar tu información podrían incluir lo siguiente:

- Recordatorios de citas
- Para discutir alternativas de tratamiento
- Beneficios y servicios relacionado con la salud
- Actividades para recaudar fondos
- Directorio de Hospitales
- Personas involucradas en la atención de un paciente
- O en el pago de la atención de un paciente.
- Ensayos clínicos
- Según exige la ley
- Para alertar de una amenaza grave a la salud o la seguridad

En las siguientes situaciones especiales, también podríamos estar obligados a usar o divulgar tu información de salud:

- Donación de órganos y tejidos
- Militares y veteranos
- Compensación para trabajadores
- Riesgos para la salud pública
- Actividades de supervisión de la salud
- Demandas y Disputas
- Cumplimiento de la ley
- Forenses, examinadores médicos y director de funeraria
- Actividades de inteligencia y seguridad nacional
- Reclusos

Castillo & Torres MD PA trabaja en estrecha colaboración con CTMD RESEARCH para brindar atención integral a nuestros pacientes. La información demográfica y médica puede compartirse con CTMD RESEARCH para informar a nuestros pacientes sobre nuevos tratamientos o servicios que pueden afectar su salud. Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por nuestro Aviso de Privacidad de Prácticas o las leyes que nos aplican realizarán únicamente con el permiso por escrito del paciente.

DERECHOS DEL PACIENTE

Los pacientes tienen los siguientes derechos con respecto a la información médica mantenida por Castillo & Torres MD PA

- Derecho a recibir comunicación confidencial
- Derecho a inspeccionar y copiar
- Derecho a modificar
- Derecho a una contabilidad de divulgaciones
- Derecho a una copia impresa del Aviso de Privacidad de Castillo & Torres MD PA
- Derecho de Solicitar Restricción sobre quien tiene acceso a la información
- Derecho a presentar una queja

El paciente no será penalizado por presentar una queja. Castillo & Torres MD PA se compromete a proteger los derechos de un individuo según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y nunca exigirá que renuncie a su derecho a presentar una queja como condición para presentar el tratamiento.

Información de Contacto Importante:

Castillo & Torres MD PA
2328 S Congress Ave Ste Avenue, Suite 1E
Palm Springs, FL 33406
Ph#561-324-7224

Castillo & Torres MD PA
3046 S Congress Ave
Palm Springs, FL 33461
Ph# 561-324-7224

Castillo & Torres MD PA
(HHS),
1307 Lyons Rd
Coconut Creek, FL 33063
Ph# 954-727-8848

U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights (OCR)
Voice Phone 404-562-7886
Fax# 404-562-7881
<http://www.hhs.gov/oc>

Al firmar este formulario, reconozco que me han informado sobre el "Aviso de Practicas" de Castillo & Torres MD PA y que me ofrecieron una copia. Entiendo que no estoy obligado/a a firmar esta autorización.

FIRMA
FECHA

Nombre Completo

CASTILLO & TORRES MD PA
AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS

PATIENT:

PATIENT NAME
Security Number

DOB/Social

Street Address

City,State,Zip
TO RELEASE

AUTHORIZES MY CURRENT PHYSICIAN:
PROTECTED HEALTH INFORMATION TO:

DR LUIS CASTILLO / DR .

CARMEN TORRES

Physician Name
Self

Physician Name /

AAVE STE 1E

Street Address

2328 S CONGRESS

33406

City,State, Zip

PALM SPRINGS , FL

Phone # (561)324-7224 Fax # (561)225-1780

City,State, Zip

INFORMATION TO BE RELEASED

I Hereby authorized you to reléase all of my medical record for any treatment and laboratory diagnostic test performed except for information pertaining to :

☐ Sexually Transmitted disease

☐ Communication between patient and psychotherapist for psychotherapist for mental health treatment

☐ Treatment of Alcohol or substance abuse

☐ Records from other facilities/providers

☐ Testing or treatment of HIV/AIDS

FOR THE FOLLOWING DATES

PURPOSES FOR NEED OF DISCLOSURE: (check one)

☐ Futher Medical Care

☐ Other (Specify)

☐ Insurance/Eligibility

YOUR RIGHTS WITH RESPECT TO THIS AUTHORIZATION:

I Understand I must provided with a singned copy of the authorization. I understand written notification is necessary to cancel this authorization and I may obtain information on how to withdraw my authorization by cintacting the office of the above noted health care provider. I understand that Castillo and Torres MD PA Will not be able to reléase my medical records to someone else without a singed authorization. If I decided not to sign this form, Castillo & Torres MD PA will not refuse to continue treatment. By signing this authorization, I do expressly and voluntary consent to this enclosure of the information checked above to this person/doctor/agency named above. I understant that if the person(s) and/or organization(s) listed above are not mandated by federal privacy standars, the health information disclosed as a result of this authorization may be redisclosed withpout obtainingmy authorization . I understant that I may be charge a fee for copying these medical records.

PATIENT SIGNATURE _____ DATE _____
(if signed by other than patient, state relationship and authority to do so)

EXPIRATION DATE: This authorization is Good until the following date(s) _____ or six months from the date signed.

Distribution of Copies: Original to provider: copy to patient: copy to accompany released records.