



## **FORMULARIO DE ADMISION DEL PACIENTE**

### **Instrucciones:**

- 1. Imprima este formulario. Para información después de horas laborables revise debajo.**
- 2. Complete el formulario, luego llame a una de las clínicas en esta lista para hacer su cita.**
- 3. Lleve su formulario lleno o envíelo antes por fax a una de las clínicas.**

---

#### **Bay County**

PanCare Health – Dental Clinic  
403 E. 11th Street  
Panama City, FL 32401  
Phone: (850) 767-3350  
Fax: (850) 767-3353

PanCare Health – Medical Clinic  
2309 East 15th Street  
Panama City, FL 32401  
Phone: (850) 747-5272  
Fax: (850) 747-5274

PanCare Health – Dental and Medical Clinic  
12427 Highway 231  
Youngstown, FL 32466  
Phone: (850) 753-3246  
Fax: (850) 753-3342

#### **Calhoun County**

PanCare Health – Medical Clinic  
16875 North Cayson Street  
Blountstown, FL 32424  
Phone: (850) 674-2244  
Fax: (850) 674-2249

#### **Franklin County**

PanCare Health – Dental Clinic  
106 NE 5th Street  
Carrabelle, FL 32322  
Phone: (850) 697-5000  
Fax: (850) 697-1104

#### **Gulf County**

PanCare Health – Dental and Medical Clinic  
2475 Garrison Avenue  
Port St. Joe, FL 32456  
Phone: (850) 229-1043  
Fax: (850) 229-1104

PanCare Health – Dental Clinic  
807 West Highway 22  
Wewahitchka, FL 32465  
Phone: (850) 639-2028  
Fax: (850) 639-2007

#### **Holmes County**

PanCare Health – Medical Clinic  
495 St. Johns Road  
Bonifay, FL 32425  
Phone: (850) 547-5547  
Fax: (850) 547-5553

#### **Jackson County**

PanCare Health – Dental and Medical Clinic  
4126 Independent Drive  
Marianna, FL 32448  
Phone: (850) 394-4907  
Fax: (850) 394-4981

PanCare Health – Dental and Medical Clinic  
5336 East 10<sup>th</sup> Street  
Malone, FL 32445  
Phone: (850) 569-2053  
Fax: (850) 569-2062

#### **Liberty County**

PanCare Health – Medical Clinic  
11033 NW State Road 20  
Bristol, FL 32321  
Phone: (850) 643 -1155  
Fax: (850) 643-1163

#### **Walton County**

PanCare Health – Dental and Medical Clinic  
479 East Highway 20  
Freeport, FL 32439  
Phone: (850) 880-6568  
Fax: (850) 880-6583

PanCare Health – Medical Clinic  
278 Church Road  
Bruce, FL 32455  
Phone: (850) 835-1015  
Fax: (850) 880-6583

#### **Washington County**

PanCare Health – Medical Clinic  
1414 Main Street, Suite 4  
Chipley, FL 32428  
Phone: (850) 676-4926  
Fax: (850) 676-4929

#### **Después de horas laborables**

**Si no es una emergencia y necesita asistencia, favor llamar a una de las clínicas de la lista de arriba.  
Para emergencias, favor llamar al 911.**

## FORMULARIO DE ADMISION DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido nombre		Primer nombre		Inicial segundo
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Servicio Militar de EE.UU. ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> En servicio actual <input type="checkbox"/> Dado de baja
Dirección		Ciudad		Estado
				Código postal
				Condado
Teléfono de la casa ( )	Teléfono del trabajo ( )	Teléfono celular ( )	Correo electrónica	
Estado civil ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		Idioma primario hablado: <input type="checkbox"/> Inglés Limitado		Relación del paciente con la persona responsable ( <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza
Genero ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				
Orientación Sexual ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Lesbiana/homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana/homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé				
Raza ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Asiático de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indocumentado				
Etnicidad ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano				
¿Es usted un trabajador migrante o miembro de la familia de un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuanto es su ingreso anual? <input type="checkbox"/> \$0-\$12,490 <input type="checkbox"/> \$12,491-\$15,614 <input type="checkbox"/> \$15,615-\$18,735 <input type="checkbox"/> \$18,736-\$21,858 <input type="checkbox"/> \$21,859-\$24,980 <input type="checkbox"/> \$24,981 & UP Cuntas personas (incluyendo usted) se mantienen de sus ingresos? _____				
Contacto en caso de emergencia		Teléfono ( )		Relación con el paciente
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (persona <i>FINANCIERAMENTE</i> responsable de su cuenta)				
Apellido nombre		Primer nombre		Inicial segundo
Dirección de la calle		Ciudad		Estado
				Código postal
				Condado
Teléfono de la casa ( )	Teléfono del trabajo ( )	Teléfono celular ( )	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
COMPAÑÍA DE SEGUROS – INCLUYENDO MEDICAID				
Seguro primario		Núm. de ID		Núm. de grupo
				Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Seguro secundario		Núm. de ID		Núm. de grupo
				Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Cesión y divulgación: Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente a PanCare Health. También autorizo a PanCare Health a revelar cualquier información que se requiera para procesar esta reclamación.				
FIRMA: _____			FECHA: _____	

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer nombre Inicial media

**Información Médica**

Fecha de la visita médica más reciente: \_\_\_\_\_ Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Marque  todos los que aplican a usted:

ADHD	Toser sangre	Ataque al corazón	Radioterapia
Uso de alcohol	Heces oscuras o negras	Cateterización cardíaca	Sangramiento rectal
Anemia	Depresión	Cardiopatías	Problemas respiratorios
Ansiedad	Diabetes	Soplo cardíaco/irregulares	Artritis reumatoide
Articulaciones artificiales	Diarrea	Hepatitis A, B, o C	Ataques repentinos
Asma	Mareo	Alta presión arterial	Problemas sexuales
Autismo	Adicciones a drogas	VIH/SIDA (Riesgo de exposición)	Falta de respiración
Enfermedad sanguínea	Dolor de oído	Ictericia	Anemia de células falciformes
Transfusión de sangre	Enfisema	Cálculos/enfermedad renales	Dificultad para dormir
Sangre en heces fecales/orina	Epilepsia	Enfermedad hepática	Fumador/Usos de tabaco
Cambios en la evacuación	Sangramiento excesivo	Problemas maritales	Uso de drogas
Cáncer	Desmayos	Trastornos mentales	ETS
Cambios en lunares	Fracturas	Osteoartritis	Accidente cerebral/apoplejía
Dolor en el pecho	Enfermedad de la vesícula	Marcapasos	Intento de suicidio
Colesterol (alto)	Gota	Neumonía	Enfermedad de la tiroides
Tos crónica	Fiebre del heno	Embarazada <i>actualmente</i> : <i>Fecha de parto</i> : _____	Tuberculosis (TB)
Estreñimiento	Lesión en la cabeza	Problemas de la próstata	Jadeo

Última prueba de Papanicolaou \_\_\_\_\_ Número de nacimientos: \_\_\_\_\_  
 Última mamografía: \_\_\_\_\_ Método anticonceptivo: Ninguno Píldora Condomes IUD  
 Número de embarazos: \_\_\_\_\_  Inyecciones  Ligadura de trompas Vasectomía Otro \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Farmacia Ubicación/Dirección:** \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones/cirugías:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene actualmente dolor o algún problema dental?** \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar**

Marque  los que apliquen a usted:

Abuso de alcohol	Cáncer	Diabetes	Cardiopatías
Asma	Depresión	Glaucoma	Hipertensión o alta presión arterial

*A mi mejor saber y entender, toda la información y las respuestas antes provistas son verdaderas y correctas. Si alguna vez ocurre un cambio en mi salud, informaré a los médicos sin falta en la próxima cita.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial media

=====

**Iniciales \_\_\_\_\_ Acuerdo de confirmación y asistencia a las citas**

Contamos con la política de dos (2) no asistencia a citas, después de 2 no asistencias a citas en un periodo de (12) doce meses, no volveremos a ofrecer una nueva cita a ningún adulto o niño que viva en la misma residencia o ningún adulto responsable del tratamiento médico/dental por un periodo de un año a partir de la segunda cita.

Es la responsabilidad del paciente (padre/tutor, en caso de niños) informar a la clínica en caso de no poder asistir a su cita, al menos 24 horas antes de su cita.

Como paciente de la clínica médica/dental, es su responsabilidad (padre/tutor en caso de niños) confirmar su cita. Haremos esfuerzos de llamar y confirmar su cita la mañana antes de su cita. Sin embargo, si usted no confirma su cita, será removido de la agenda de citas y se considera una no asistencia a su cita.

Favor verificar que tenemos su número de teléfono y si cambia su número de teléfono, usted debe contactar su clínica médica/dental y notificar el cambio.

**Iniciales \_\_\_\_\_ Divulgación de información médica y dental**

El médico es responsable de asegurar que la relación entre el proveedor y el paciente sea confidencial. Según los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), no se nos permite revelar ninguna información del paciente sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica o dental o de facturación se le provea a un miembro de la familia, amigo o representante legal, usted tiene que firmar este formulario. Firmar este formulario solo da su consentimiento para que se provea esta información a las personas que se indican a continuación. Este formulario de consentimiento no permitirá que PanCare of Florida, Inc. provea ninguna otra información a estas personas. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito.

Autorizo/permiso que PanCare of Florida, Inc. provea mi información médica o dental o de facturación a las siguientes personas:

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE

**Iniciales \_\_\_\_\_ Aviso de prácticas de privacidad**

Entiendo que como parte de mi atención médica, esta organización prepara y mantiene expedientes médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y planes para el cuidado o tratamiento futuro. Certifico que me han proporcionado y que entiendo que el *Aviso de prácticas de privacidad* de esta organización provee una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica.

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el *Aviso de prácticas de privacidad* de esta organización antes de firmar esta certificación;
- Tengo el derecho de revisar los derechos y responsabilidades del paciente antes de firmar este acuerdo;
- Esta organización se reserva el derecho de cambiar su *Aviso de prácticas de privacidad* y que este documento está disponible cuando lo solicite, en mi próxima visita y en el sitio de internet de la organización: [www.pancarefl.org](http://www.pancarefl.org).

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial media

=====

**Iniciales \_\_\_\_\_ Consentimiento para tratamiento médico**

Por este medio autorizo a PanCare of Florida, Inc., sus instalaciones o centros de tratamiento, sus médicos proveedores y personal médico a administrar los exámenes y tratamientos que se consideren médicamente necesarios.

**Iniciales \_\_\_\_\_ Servicios No Cubiertos por su Aseguradora**

Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio no cubierto por la aseguradora. Entiendo que los pagos de la aseguradora son estimados y no una garantía de sus beneficios. Confirmando además que pagare por cualquier servicio realizado que no sea cubierto por la aseguradora.

**Iniciales \_\_\_\_\_ Directrices Avanzadas**

Entiendo que tengo el derecho de tener Directrices Avanzadas.

- Actualmente tengo Directrices Avanzadas:
  - Testamento
  - Sustituto en casos de Salud
  - Poder Legal en casos de Salud
- No tengo o quiero Direct Avanzadas
- Quisiera más información en relación a las Directrices Avanzadas

Exhortamos a todos los pacientes a completar unas Directrices Avanzadas, lo que le ayudaría a Usted a establecer sus preferencias para tratamientos médicos y seleccionar un agente o persona que pueda tomar decisiones de su salud en caso de que usted no pueda tomarlas o en caso que desee que otra persona tome la decisión por usted. Puede encontrar más información disponible sobre Directrices Avanzadas en la página digital [www.pancarefl.org](http://www.pancarefl.org)

Si Usted ya cuenta con una Directriz Avanzada, favor de traer una copia el día de su próxima visita. Su directriz Avanzada será colocada junto con su archivo médico. Sin embargo, PanCare of Florida no está establecida para tomar una determinación sobre cuál es la causa de una emergencia médica que se presente u ocurra en una de nuestras clínicas. En caso de una emergencia médica nuestro equipo de trabajo se comunicará con el 911 y le concederá al hospital al que se transfiera el paciente, el documento de Directriz Avanzada del Paciente.

**Reconocimiento**

He inicializado la política de asistencia y confirmación de la citas, Divulgación de información Médica y Dental, Aviso de Practicas de Privacidad/ Derechos y Responsabilidades del Paciente, Consentimiento de Tratamiento, Servicios no Cubiertos por la Aseguradora y haciendo esto reconozco que he leído las declaraciones mencionadas anteriormente y cumpliré con lo mismo y si no lo hago, esto puede descalificarme de recibir atención de la Clínica de Salud Medica/Dental de Pancare.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (padre o tutor, si es un menor) \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente/representante legal

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial media

=====

**Aplicación de Escala de pago**

Yo, \_\_\_\_\_, solicito que se me considere para un descuento de la escala de tarifa deslizando que ofrece PanCare of Florida, Inc. (PanCare). Al llenar este formulario y adjuntar mi declaración de impuestos vigente y devolverlos para el procesamiento, afirmo que los hechos contenidos en el presente son verdaderos y correctos a mi mejor saber y entender. Si la información resulta ser fraudulenta, PanCare se reserva el derecho de cancelar su estado respecto a la escala de tarifa deslizando y facturarle el monto completo por todas las visitas anteriores.

**Ingreso actual: Sírvase proporcionar TODA la verificación de ingreso solicitada para TODOS los miembros de su casa con sus documentos. Su cita tendrá que volverse a programar si no la provee con su paquete.**

Empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge o pareja: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Cualquier otro ingreso, incluyendo de cualesquiera otros adultos que trabajan y que viven en la casa: \_\_\_\_\_

**Provea una lista de todas las personas (incluyendo los niños) que viven en su casa:**

Apellido, primer nombre	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social	Relación

**Adjunte**

- Una copia de su DECLARACIÓN DE IMPUESTOS VIGENTE
- Una copia del talonario de pago del último mes para todos los adultos que trabajan y que viven en la casa
- Prueba de beneficios de SSI/Discapacidad
- Manutención de menores

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

Firma del Representante de PanCare: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_