



## **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 – Gulf Coast

5230 Highway 98, Rosenwald Bldg.

Panama City, FL 32401

Phone: (850) 873-3535

Fax: (850) 772-6686

PanCare Health – Medical Clinic

2235 East 15th Street Building B

Panama City, FL 32405

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

401 Cecil G. Costin Sr. Blvd.

Port St. Joe, FL 32456

Phone: (850) 229-1043

Fax: (850) 229-1104

#### **Gulf County (continued)**

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

#### **Washington County**

PanCare Health – Medical & Dental Clinic

1440 Main Street

Chipley, FL 32428

Phone: (850) 676-4926

Fax: (850) 676-4929



## FORMULARIO DE ADMISION DEL PACIENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Apellido</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Inicial segundo nombre</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Servicio Militar de EE.UU. (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> En servicio actual <input type="checkbox"/> Dado de baja			
<b>Dirección</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>
<b>Teléfono de la casa</b> ( )	<b>Teléfono del trabajo</b> ( )	<b>Teléfono celular</b> ( )		<b>Correo electrónico</b>	
<b>Estado civil (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		<b>Idioma primario hablado:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		<b>Relación del paciente con la persona responsable (<input checked="" type="checkbox"/> uno)</b> <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	
<b>Genero (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					
<b>Raza (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano					
<b>Etnicidad (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Chicano(a) <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Latino/Latina <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino/Latina/Español <input type="checkbox"/> Más de una Etnicidad <input type="checkbox"/> Elige No Revelar					
<b>¿Es usted un trabajador migrante o miembro de la familia de un trabajador migrante?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>¿Cuánto es su ingreso anual?</b> <input type="checkbox"/> \$0-\$15,960 <input type="checkbox"/> \$15,961-\$19,950 <input type="checkbox"/> \$19,951-\$23,940 <input type="checkbox"/> \$23,940-\$27,930 <input type="checkbox"/> \$27,930-31,920 <input type="checkbox"/> \$31,920 & UP <b>Cuántas personas (incluyendo usted) se mantienen de sus ingresos?</b> _____					
<b>Contacto en caso de emergencia</b>		<b>Teléfono</b> ( )		<b>Relación con el paciente</b>	

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (persona FINANCIERAMENTE responsable de su cuenta)

<b>Apellido</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Inicial segundo nombre</b>	
<b>Dirección de la calle</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>
<b>Teléfono de la casa</b> ( )	<b>Teléfono del trabajo</b> ( )	<b>Teléfono celular</b> ( )		<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>

### COMPAÑÍA DE SEGUROS – INCLUYENDO MEDICAID

<b>Seguro primario</b>	<b>Núm. de ID</b>	<b>Núm. de grupo</b>	<b>Dirección de la compañía de seguros</b>
<b>Nombre del asegurado</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Empleador del asegurado</b>	
<b>Relación con la persona responsable:</b> <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			
<b>Seguro secundario</b>	<b>Núm. de ID</b>	<b>Núm. de grupo</b>	<b>Dirección de la compañía de seguros</b>
<b>Nombre del asegurado</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Empleador del asegurado</b>	
<b>Relación con la persona responsable:</b> <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:

<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Toser sangre	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas de la próstata
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol	<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Heces oscuras o negras	<input type="checkbox"/> Cateterización cardíaca	<input type="checkbox"/> Sangramiento rectal
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco/irregulares	<input type="checkbox"/> Ataques repentinos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, o C	<input type="checkbox"/> Problemas sexuales
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Falta de respiración
<input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Adicciones a drogas	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA (Riesgo de exposición)	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir
<input type="checkbox"/> Sangre en heces fecales/orina	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Cálculos/enfermedad renales	<input type="checkbox"/> Fumador/Usos de tabaco
<input type="checkbox"/> Cambios en la evacuación	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Uso de drogas
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo	<input type="checkbox"/> Problemas maritales	<input type="checkbox"/> ETS
<input type="checkbox"/> Cambios en lunares	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Trastornos mentales	<input type="checkbox"/> Accidente cerebral/apoplejía
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Fracturas	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio
<input type="checkbox"/> Colesterol (alto)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Tos crónica	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Embarazada <i>actualmente:</i> <i>Fecha de parto:</i> _____	<input type="checkbox"/> Jadeo

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

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

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

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

**Hospitalizaciones/Cirugías:** \_\_\_\_\_

**Número de Dosis de Vacunas para Covid-19:**  Ninguna  Primera Dosis  Segunda Dosis  Dosis De Refuerzo x \_\_\_\_\_

**Fecha del último examen de la vista** \_\_\_\_\_ **Nombre del último doctor de la vista que lo examinó** \_\_\_\_\_

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

### Historial Familiar

Marque  los que apliquen a usted:

<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cardiopatías
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> 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 Medico	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/permito 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/Derechos y Responsabilidades del Paciente**

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 el *Aviso de prácticas de privacidad* de esta organización, y que este documento provee una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. También entiendo que el documento de *Derechos y Responsabilidades del Paciente* está disponible para mi revisión, y que tengo responsabilidades con relación a mi atención 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 pagaré 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 Directrices Avanzadas
- Quisiera más información con 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 de 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 deslizante 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 deslizante 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 del talonario de pago del último mes para todos los adultos que trabajan y que viven en la casa
- Una copia de su declaración de impuestos vigente
- Copia de W2 reciente
- Copia de la carta de elegibilidad para cupones de alimentos.
- Prueba de beneficios de SSI/Discapacidad/Desempleo/Manutención de menores/Retiro, etc.

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

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