

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**  
**INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE**

Cuadro # \_\_\_\_\_

Fecha de cita: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Estado Civil: S C D V Idioma principal: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F # de Seguro social: \_\_\_\_\_

Empeador: \_\_\_\_\_ Trabajo#: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Medico primario: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Problema ortopedico: \_\_\_\_\_ Medico que remite: \_\_\_\_\_

Tipo de lesion: Auto \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Resbalar y caer \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

¿Como sucedio el accidente? \_\_\_\_\_

Nombre del conyuge/padre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

<u>Seguro primario</u>	<u>Seguro secundario</u>
Nombre del seguro: _____	Nombre del seguro: _____
Nombre del asegurado: _____	Nombre del asegurado: _____
Sexo del asegurado: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Sexo del asegurado: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento del asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Relacion con el asegurado: _____	Relacion con el asegurado: _____
Numero de identification del sucriptor: _____	Numero de identification del sucriptor: _____
Numero de grupo: _____	Numero de grupo: _____

**SEGURO DE AUTOMOVIL**

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la compania de seguros: \_\_\_\_\_

Poliza #: \_\_\_\_\_ Reclamacion: \_\_\_\_\_

Tel. #: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ABOGADO**

¿Algun litigio pendiente relacionado con su lesion? \_\_\_\_\_

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion del abogado: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

<p><b>Ha tenido o tiene actualmente cualquiera de los siguientes problems de salud?</b></p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta  <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca  <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon  <input type="checkbox"/> Asma/ Bronquitis  <input type="checkbox"/> Probelmas vasculares  <input type="checkbox"/> Gota  <input type="checkbox"/> Trastorno urinario  <input type="checkbox"/> Trastorno psicologico  <input type="checkbox"/> Deglucion  <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales  <input type="checkbox"/> Tiroides         </td> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Inetestino Irritable  <input type="checkbox"/> Arthritis reumatoide  <input type="checkbox"/> Eczema/Psoriasis  <input type="checkbox"/> Enfermedad renal  <input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica  <input type="checkbox"/> Panico/Ansiedad  <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema nervioso  <input type="checkbox"/> Exposion a VIH  <input type="checkbox"/> Epilepsia  <input type="checkbox"/> Depresion         </td> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Colesterol alto  <input type="checkbox"/> Migrana  <input type="checkbox"/> Mareo  <input type="checkbox"/> Gastritis  <input type="checkbox"/> Prostatitis  <input type="checkbox"/> Cancer  <input type="checkbox"/> Otro         </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Historial de fracturas: _____</p> <p>Tiene marcapasos?      <input type="checkbox"/> Yes      <input type="checkbox"/> No</p> <p>Puede tomar Aspirina?      <input type="checkbox"/> Yes      <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon <input type="checkbox"/> Asma/ Bronquitis <input type="checkbox"/> Probelmas vasculares <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Trastorno urinario <input type="checkbox"/> Trastorno psicologico <input type="checkbox"/> Deglucion <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales <input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Inetestino Irritable <input type="checkbox"/> Arthritis reumatoide <input type="checkbox"/> Eczema/Psoriasis <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica <input type="checkbox"/> Panico/Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Exposion a VIH <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Migrana <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Prostatitis <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Otro	<p><b>Altura:</b> _____</p> <p><b>Peso:</b> _____</p> <p><b>Allergias a medicamentos:</b>          _____          _____</p> <hr/> <p><b>Encierra en un circulo la respuesta:</b></p> <p><b>Si/ No Fuma tabacoo</b>          _____ <b>cuanto/ al dia por ___ anos</b></p> <p><b>Si/ No Toma alcohol</b>          _____ <b>por semana/al mes</b></p>
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon <input type="checkbox"/> Asma/ Bronquitis <input type="checkbox"/> Probelmas vasculares <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Trastorno urinario <input type="checkbox"/> Trastorno psicologico <input type="checkbox"/> Deglucion <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales <input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Inetestino Irritable <input type="checkbox"/> Arthritis reumatoide <input type="checkbox"/> Eczema/Psoriasis <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica <input type="checkbox"/> Panico/Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Exposion a VIH <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Migrana <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Prostatitis <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Otro		

<p><b>Medication:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Pharmacy Name:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Pharmacy Phone Number:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Surgeries:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Date:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Surgeons:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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

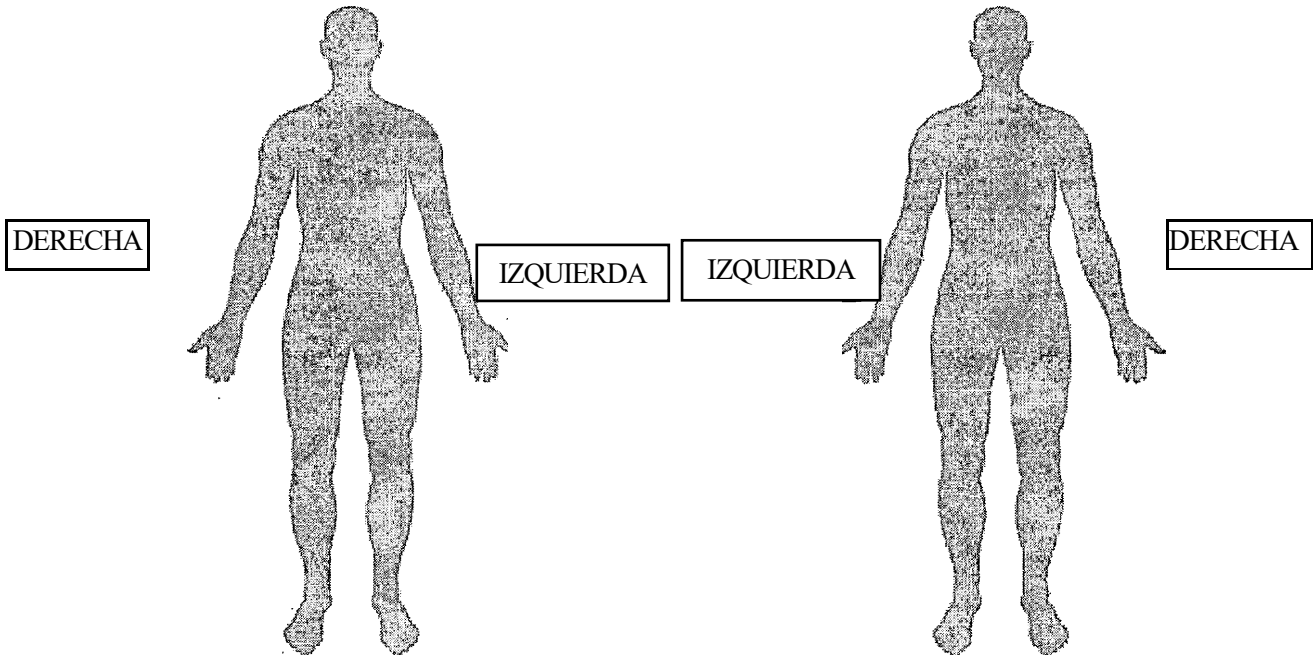
**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

---

- En las siguientes diagramas, por favor indique donde tiene el dolor con un **X**:

**FRENTE**

**ESPALDA**



**Are you experiencing any of the following symptoms?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo/hombro     | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza        |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                    | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pierna           | <input type="checkbox"/> Irritabilidad          |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal           | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión        | <input type="checkbox"/> Mareo                  |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/ Hormigueo | <input type="checkbox"/> Náusea                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda          |   |

**Nivel de dolor:**

(no dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (mucho dolor))

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

---

**ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO, LIBERACION Y DEMANDA**

Aseguradora y paciente, por favor leer con cuidado lo siguiente en su totalidad

**Asignacion de beneficios:** Yo, el abajo firmante paciente/asegurado a sabiendas, voluntaria e intencionalmente asigno los derechos y beneficios de mis pagos medicos, seguro de automovil (si aplica), tambien conocido como proteccion contra lesiones personales (en adelante, PIP), poliza de seguro al anteriormente mencionado proveedor de servicios medicos. Entiendo que es la intencion del proveedor aceptar esta asignacion de beneficios en lugar de exigir pago al momento de la prestacion de servicios y que este document permitira al proveedor presentar una demanda contra una compania de seguros para el pago de los beneficios del seguro. Entiendo que el proveedor puede presentar una demanda en contra de mi compania de seguros por pagos, y si las facturas del proveedor son pagadas o se aplican a un deducible, estoy de acuerdo en que esto sirva como un beneficio para mi y autorizo y solicito dicho litigio. Esta asignacion de beneficios incluye intereses vencidos y cualquier reclamacion potencial del derecho comun o mala fe establecida. Si la aseguradora niega la validez de esta asignacion de beneficios, entonces se instruye a la aseguradora notificar al proveedor, por escrito, cinco (5) dias despues de la recepcion de este document. El hecho de no informar al proveedor dara lugar a una renuncia por parte de la aseguradora para impugner la validez de este documento. El abajo firmante ordena a la aseguradora pagar directamente al proveedor de servicios medicos sin incluir el nombre del paciente en el cheque.

El proveedor pide a la aseguradora y al abajo firmante que no emitan ningun cheque o giro en arreglo parcial de una demanda que contenga o este acompanada de terminus que liberen a la aseguradora o su asegurado/paciente de responsabilidad, a menos que haya habido un acuerdo previo por escrito acordado por el proveedor de servicios medicos y la aseguradora en cuanto a la cantidad a pagar por la poliza de seguros. Por la presente, el proveedor impugna y se opone a cualquier reduccion o pagos parciales. Cualquier pago parcial o reducido, independientemente del texto que lo acompañe, emitido por la aseguradora y depositado por el proveedor se hara bajo protesta, a riesgo de la aseguradora, y el deposito no se considerara una renuncia, acuerdo, satisfaccion, descargo, arreglo o convenio por el proveedor a aceptar una cantidad reducida como pago total. Por la presente, se comunica a la aseguradora que ese proveedor se reserve el derecho de solicitar el importe total de las facturas presentadas.

Si la aseguradora programa un interrogatorio de defense o interrogatorio bajo juramento (en Adelante, "EUO"), se le ORDENA a la aseguradora, por este medio, enviar una copia de dicha notification a este proveedor. El proveedor o el abogado del proveedor estan autorizados expresamente a comparecer a cualquier EUO o IME fijado por la aseguradora. El proveedor de servicios medicos no es el agente de la aseguradora ni el paciente para ningun proposito.

Esta asignacion se aplica a los gastos medicos pasados y futuros, y es valido incluso sin fecha. Una fotocopia de esta asignacion debe ser considerada tan valida como el original. Estoy de acuerdo en pagar cualquier copago o deducible aplicables por los servicios prestados despues de que la poliza de seguros se agote y por cualquier otro servicio no relacionado con el accidente de automovil. Se le concede representacion legal al proveedor de servicios medicos para: endosar mi nombre en cualquier cheque por servicios prestados por el proveedor anterior, y para solicitar y obtener una copia de las declaraciones o interrogatories bajo juramento dados por el paciente.

**Entrega de informacion:** Por la presente, autorizo a este proveedor para: proporcionar a una aseguradora, intermediario de aseguradora, otros proveedores de servicios medicos del paciente y al abogado del paciente, a traves de correo, fax o correo electronico, toda la informacion que pueda estar contenida en los registros medicos; obtener informacion por escrito sobre la cobertura de seguro (hoja de declaracion) y telefonicamente de la aseguradora; solicitar de cualquier aseguradora toda explicacion de beneficios (EOB) para todos los proveedores y hojas de pago no redactadas PIP; obtener cualquier declaracion del paciente proporcionada a la aseguradora; obtener copias de todos los registros medicos, incluyendo pero sin limitarse a, documentos, tomografias, informes, notas, facturas, opinions, rayos X, IME y resonancia magnetica, de cualquier otro proveedor de servicios medicos o cualquier aseguradora. El proveedor esta autorizado a presenter mis registros medicos a su abogado en relacion con cualquier juicio pendiente. Se ordena a la aseguradora mantener de forma privada y confidencial los registros medicos del paciente de este proveedor, y la aseguradora no esta autorizada para proporcionar estos registros medicos a ninguna persona sin el permiso previo expreso por escrito del paciente y del proveedor.

**Demanda:** Por la presente, se entabla la demanda a la aseguradora para que pague todas las facturas dentro de los 30 dias siguientes, sin reducciones, y enviar por correo la ultima hoja de pago PIP no redactada y la hoja de declaracion de cobertura de seguro al proveedor anterior dentro de los siguientes 15 dias. Se ordena a la aseguradora pagar las facturas en el orden en que se reciben. Sin embargo, si una factura de este proveedor y una reclamacion de cualquier otra persona son recibidas por la aseguradora el mismo dia, la aseguradora esta obligada a no aplicar a este proveedor una facture por el deducible. Sin embargo, si una factura de este proveedor y una reclamacion de cualquier otra persona son recibidas por la aseguradora el mismo dia, la aseguradora esta obligada a pagar primero a este proveedor, antes de que la poliza se agote. En caso de que las facturas por servicios medicos del proveedor sean discutidas o reducidas por la aseguradora por cualquier motivo o cantidad, la aseguradora: apartara toda la cantidad en discusion o reducida, pondra en custodia el monto total en cuestion y no pagara la cantidad en discusion a ninguna persona o entidad, incluidl yo mismo, hasta que la disputa se resuelva por un Tribunal. No agotar la poliza. La aseguradora se compromete a comunicar, por escrito, al proveedor de cualquier disputa.

**Certificacion:** Certifico que: he leído y estoy de acuerdo con lo anterior; no se me ha solicitado ni prometido nada a cambio de recibir atencion medica; no he recibido ninguna promesa ni garantia de ninguna persona en cuanto a los resultados que se pueden obtener por cualquier tratamiento o servicio; estoy de acuerdo en que los precios del proveedor por los servicios medicos, tratamiento y suministros son razonables y habituales.

**Precaucion:** Por favor, lea antes de firmar. Si no entiende completamente este documento, pida que se lo expliquemos. Si firma a continuacion, supondremos que usted entiende y esta de acuerdo con lo anterior.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si el paciente es menor de edad, firma del padre  
o tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

---

**SERVICIOS NO INCLUIDOS**

Por favor tenga en cuenta que en determinadas circunstancias su plan de seguro no puede cubrir todos los servicios que pueden incluir mas no se limitan a: enyesado o re-enyesado, suministros medicos y/o equipo medico durable que el Medico considere necesarios por razones medicas para la atencion adecuada de el paciente. En esta circunstancia, el paciente sera responsable por dichos servicios. Todavia haremos un esfuerzo para cobrar primero al seguro. Tras la respuesta de la compania de seguros vamos a cobrarle como corresponda, si es necesario.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido el descargo y responsabilidad anterior y estoy de acuerdo en cualquier cargo en que yo pueda incurrir si mi plan de seguro niega la cobertura.

Firma de el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CASOS RELACIONADOS CON ACCIDENTES EN GENERAL**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendo que en el evento en que decida contratar representacion legal relacionada a mi accidente que tomo lugar en la fecha \_\_\_\_\_ durante el curso o despues de recibir tratamiento Medico por Dr. Blom yo inmediatamente informare y proveere a la oficina medica la informacion de el abogado que he elegido para representar mi caso.

Tambien comprendo que mi seguro medico no sera usado para cubrir por los servicios medicos relacionados con las lesiones producto de mi accidente. Cualquier cargo medico sera previsto a el abogado que representa mi caso legalmente. Entiendo que los cargos medicos producto del accidente seran cubiertos por el proceso de liquidacion, juicio o veredicto en que resulte mi caso legal.

Firma de el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CASOS RELACIONADOS CON ACIDENTES AUTOMOVILISTICOS**

Yo, \_\_\_\_\_ Entiendo que bajo la ley de el estado de la Flordia, my seguro automovilistico debiera ser usado como seguro primario para las reclamaciones medicas que resulten de el cuidado recibido por las lesiones especificamente sufridas por causa de mi accidente automovilistico.

Firma de el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

---

**COPIAS DE RAYOS X**

Todas las radiografías tomadas por esta oficina son propiedad de JUAN CARLOS GALVEZ, MD. Bajo ninguna circunstancia se pueden sacar originales de esta oficina. Todos los originales se mantendrán en esta oficina en todo momento.

Si se solicitan copias, se requiere por lo menos de un aviso de 24 horas y Habrá un cargo de \$10.00 por pelicular por materiales, pagados por adelantado. Su consideración es apreciada.

---

Firma del paciente (si el paciente es menor de edad, firma del padre o tutor)

---

**POLITICA DE CARGO POR CANCELACION DE CITA**

Vaoramos su tiempo y paciencia cuando viene a nuestro consultorio. A cambio le pedimos que entienda que nos esforzamos para atenderlo lo mas eficientemente posible y necesitamos su ayuda para hacerlo. Le pedimos que por favor nos proporcione un aviso de 24 horas si necesita cancelar o reprogramar su cita. Esto nos ayuda a server a otros pacientes que tambien requieren de nuestros servicios. En caso de que usted no se presente a la cita y no llame para cancelarla reprogramarla, Habrá un cobro de \$25 que se le cargaran en su proxima visita.

Agradecemos su comprensión de este asunto y esperamos poder servirlo.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido la política anterior. Entiendo que se me cobrará si no proporciono un aviso de cancelación de cita con 24 horas de anticipación.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente / padre / tutor / guardian)

\_\_\_\_\_ Fecha

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

---

**Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información medica para tratamiento, pago, y operaciones de salud compartida.**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina origina y mantiene documentos y/o registros electrónicos que describen mis antecedentes de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para tratamiento future. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un terceros pagador puede verificar que los servicios facturados fueron en realidad proporcionados.
- Una herramienta para el direccionamiento de las operaciones de cuidados de la salud, tales como evaluacion de la calidad y revision de eficiencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y se me ha proporcionado un aviso de las prácticas de información que proporcionan una descripción más completa de información utilizada y divulgacion. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.
- El derecho a oponerme al uso de mi información de salud para fines de directorio.
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo utilizar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica.

Entiendo que esta oficina no esta obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar por escrito este consentimiento, salvo en la medida en que la organización ya haya tomado acciones de seguridad sobre el mismo. También entiendo que, al negarme a firmar o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme según lo permitido por la sección 164.506 del código de regulaciones federales.

Además, entiendo que esta oficina institución se reserva el derecho a cambiar su aviso y sus prácticas y la aplicación anterior, de conformidad con la sección 164.520 del código de regulaciones federales. En caso de que esta oficina cambie su aviso, se le enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que ha proporcionado.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información o otra entidad y doy mi consentimiento a dicha divulgación para estos usos permitidos, incluyendo divulgacion a traves de fax.

Autorizo a esta oficina para habiar de mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica con las siguiente personas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo completamente y acepto/declino los términos de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA

---

**AVISO**

BAJO LA LEY DE FLORIDA, GENERALMENTE SE EXIGE A LOS MEDICOS TENER SEGURO POR NEGLIGENCIA MEDICA O, CASO CONTRARIO, DEMOSTRAR RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA CUBRIR LAS POSIBLES RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA. SU MÉDICO HA DECIDIDO NO TENER UN SEGURO POR NEGLIGENCIA MEDICA.

ESTO SE PERMITE BAJO LA LEY DE FLORIDA CON SUJECION A CIERTAS CONDICIONES. LA LEY DE FLORIDA IPONE SANCIONES CONTRA MEDICOS NO ASEGURADOS QUE NO CUMPLAN CON SENTENCIAS ADVERSAS DERIVADAS DE RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MEDICA. ESTE AVISO SE OFRENCE EN VIRTUD DE LA LEY DE FLORIDA.

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

FECHA

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

---

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ACUSE DE RECIBO**

Al firmar este formulario, usted da por recibido el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK. Nuestro AVISO DE PRIVACIDAD proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica de protegida. Lo animamos a leerlo en su totalidad.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, por favor pongase en contacto con nuestro Responsable de Cumplimiento en:

3702 Washington Street, Suite 202  
Hollywood, FL 33021  
(954) 964-6114

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado comunicandose con nosotros a la dirección antes mencionada.

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente / padre / tutor / guardián)

**IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO**

Para completar solo si no se obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo de la persona, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo, y las razones por las cuales no se obtuvo:

Firma del representante del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Un acuse de recibo no fue obtenido porque:

- El paciente se negó a firmar.
- El paciente fue incapaz de firmar o poner sus iniciales debido a:  
\_\_\_\_\_
- Hubo una emergencia médica (el miembro del personal tratara de obtener el reconocimiento en acuse de recibo en la próxima oportunidad disponible).

Otros motivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

---

Los médicos generalmente aconsejan dejar de fumar antes y después de las operaciones porque el tabaquismo disminuye el nivel de flujo sanguíneo. Fumar contrae los vasos sanguíneos. Cuando los vasos sanguíneos se estrechan, el suministro de oxígeno a las células se reduce. Incluso la capacidad de la hemoglobina para mover el oxígeno disminuye. Todo esto retrasa el proceso de curación de la herida.

Ya que Fumar reduce flujo sanguíneo, esto da como resultado la pérdida de piel durante el proceso de curación. Debido a que fumar retrasa la cicatrización de la herida, esto causa la muerte de la piel, dejando cicatrices malas y feas. Fumar también aumenta el riesgo de toser después de la cirugía. Esto puede llevar a un sangrado no deseado.

Es importante entender que fumar afecta la curación de los huesos. Los huesos se nutren de la sangre, al igual que otros órganos y tejidos de tu cuerpo. Los nutrientes, minerales y oxígeno se suministran a los huesos a través del flujo sanguíneo. Fumar eleva los niveles de nicotina en la sangre y esto hace que los vasos sanguíneos se contraigan. Debido a la constricción de los vasos, hay disminución de los niveles de nutrientes que se suministran a los huesos. Esto a su vez, inhibe la cicatrización ósea después de la cirugía por fracturas.

La anestesia general y la cirugía pueden causar estrés. Durante la cirugía hay una posibilidad de que el paciente pueda experimentar dolor. Pueden existir cambios en su presión arterial. El paciente también puede sufrir de pérdida de sangre y otros eventos desafortunados durante la cirugía. Se debe evitar fumar antes de la cirugía, debido a que fumar, aparte de causar estrés, puede agravar también los problemas anteriores.

He leído y entiendo los efectos y riesgos de fumar antes y después de la cirugía.

---

Firma del paciente

---

Fecha

# JUAN CARLOS GALVEZ, MD

---

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
Autorizo la divulgación de mis registros médicos a:

Para divulgar a: \_\_\_\_\_  
Nombre del Hospital, Médico o Institución

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad          Estado          Código Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono#                                  Fax#

Cualquier información médica relacionada con mi tratamiento, incluyendo psicológico, psiquiátrico, abuso de drogas, alcoholismo, SIDA, pruebas de SIDA y atención hospitalaria que pueda estar bajo su cuidado.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

**JUAN CARLOS GALVEZ, MD, RMSK**  
**ARTRITIS Y MEDICINA DEPORTIVA**

---

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA**

**Consentimiento para mensajes de texto:**

Como parte de las comunicaciones de nuestra clinica con usted, podemos enviarle mensajes de SMS (texto) directamente a su teléfono.

- Otorgomi consentimiento** y acepto recibir **mensajes de texto**. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Proporcione su número de teléfono celular: \_\_\_\_\_
- No otorgo mi consentimiento para recibir ningun mensaje de texto.
- 

**Consentimiento para correo electrónico:**

El uso del correo electrónico se limita a hacer o cancelar citas y enviar recordatorios de citas. Debido a asuntos de seguridad, los detalles del caso de una persona no se pueden comentar por correo electrónico.

El correo electrónico tampoco puede ser utilizado como medio para proporcionar servicios. Usted también acepta no utilizar la dirección de correo electrónico de la clínica cuando intente ponerse en contacto con ella o con su proveedor de servicios en caso de una emergencia, ya que nuestra clínica no puede garantizar una respuesta rápida por correo electrónico.

Al firmar, también es consciente de que el correo electrónico no es una forma garantizada o segura de enviar y recibir información, y que usted no puede responsabilizar a nuestra clínica o a su proveedor de servicios por cualquier infracción de la confidencialidad que se produzca por el uso de las direcciones de correo electrónico que se indican a continuación.

- Otorgomi consentimiento** y acepto el riesgo de recibir informacion por correo electronico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- No otorgo mi consentimiento para recibir ninguna informacion por correo electronico. Entiendo que puedo cambiar de opinion y otorgar mi consentimiento posteriormente.

Nombre del paciente en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente**