

# Factura de Servicios

Impreso en : 01/25/2023

Impreso por: Amalia Lozada Santana

Hospital Pavia Hato Rey  
435 Ponce de León Ave.

Hato Rey, PR 00919-0828  
(787)641-2323



Paciente: SCHMIDT MONTILLA, CORAL S  
Registrado Por: Amalia Lozada Santana

Cuenta: 2100203800

Récord: 0000312125

Tipo Paciente: SALA DE EMERGENCIA

Seguro Social: XXX-XX-1100

Sexo: Femenino

Fecha Nac.: 09/13/2003

Edad: 19 AÑOS

Teléfono: (787) 628-8904

Médico: OTROS, MEDICOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Diagnóstico:

Patrono:

Admisión: EMERGENCY

Fecha Visita: 01/25/2023 3:46 PM

Alta:

Garantizador: SCHMIDT MONTILLA, CORAL S  
URB EL MONTE 2844 CALLE MONTE  
PONCE PR 00716

Paciente: SCHMIDT MONTILLA, CORAL S  
URB EL MONTE 2844 CALLE MONTE  
PONCE PR 00716

Código	Plan Médico	Núm. de Contrato	Núm. Grupo	Asegurado Principal
20000	INTERNATIONAL	FM149085501		SCHMIDT MONTILLA, CORAL S
	Cubierta 20200 INTERNATIONAL SE			Relación SI MISMO
21000	DEDUCIBLE IMC	FM149085501		SCHMIDT MONTILLA, CORAL S
	Cubierta 21201 DEDUCIBLES IMC ER			Relación SI MISMO

Fecha	Servicio	Código	Descripción	Unidad	Precio	Deducible
01/25/23	00450-099281		SALA EMERGENCIA NIVEL 1	1	\$ 120.00	\$ 0.00
				Total	\$ 120.00	\$ 0.00
				Deducible Cubierta		\$ 75.00
				Cantidad Cubierta Por Otro Seguro		\$ 50.00
				Pagos		\$ 0.00
				Total de Factura		\$ 25.00

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



Ktorresa pupr. e du

### Instrucciones Al Paciente/Sala de Emergencia

El examen y tratamiento médico que usted acaba de recibir se ha hecho basado en una emergencia solamente y no tiene la intención de sustituir la evaluación y el cuidado completo de su condición médica. A menudo es necesario tratamiento adicional y debe ser provisto por su médico de cabecera o primario, o al médico al cual ha sido referido. Reporte al médico cualquier cambio en su condición o nuevos síntomas, ya que en una sola visita no siempre es posible identificar y tratar todos los elementos de una enfermedad o traumatismo. Mientras tanto, siga las instrucciones a continuación tal como se le ha indicado.

#### Instrucciones Generales

[x] Visite su médico o médico referido en 1 3 día/s, o antes si es necesario, para el seguimiento de su enfermedad.

X Regrese a Sala de Emergencia si los siguientes síntomas retornan o empeoran.

Dificultad respiratoria	Pérdida de conocimiento	Vómitos
Piernas hinchadas	Tos persistente	Diarreas
Postración	Dolor abdominal	Fiebre
Dolor de pecho	Sangrado espontáneo	Deshidratación
Convulsiones	Sangrado vaginal	Dolor abdominal

[x] Busque el resultado oficial de los estudios realizados y llévelos a su médico.

[x] Siga las instrucciones de los medicamentos recetados

✓ Se le ha dado receta para:

[ ] Dolor

[ ] Infección

[ ] Otros: [ ]

[x] Referido a: [ ]

X Alergias: De presentar algún síntoma como picor, hinchazón, rash y/o enrojecimiento descontinúe inmediatamente el uso del °C medicamento y acuda a la sala de emergencia más cercana lo antes posible.

X Reporte a su médico si desarrolla fiebre mayor de 38 °C

X Debe orientarse con su médico de cabecera sobre si debe descontinuar o variar la dosis de alguno de sus medicamentos de mantenimiento.

Diagnóstico: Left Foot and Ankle Trauma/ Sprain

X Educación escrita relacionada a condición y/o medicamentos fue entregada al paciente o familiar

Instrucciones Adicionales: F/o with PCP in 7 days

Línea de Crisis PAS: 1-800-981-0023  
Emergencia 9-1-1

#### Certificado para trabajo/escuela

Capacitado para trabajar/ir a la escuela/realizar actividades previas. Actividad limitada por Home rest per 5 days and return to work on Feb-1-2023 días.

Capacitado para regresar al trabajo/ir a la escuela el [ ].

Acepto haber recibido las instrucciones arriba indicadas. Me orientaron que regrese a sala de emergencia si los síntomas retornan o empeoran. Entiendo que he recibido tratamiento de emergencia solamente y se me ha dado de alta sin quizás aún conocerse todos mis problemas médicos. Seguiré las instrucciones de hacer cita con mi médico de cabecera/primario o el médico al que se me ha referido.

[Click to sign]

Hora: 1135 [ ] AM [x] PM

Firma & Lic. MD

[Click to sign]

Firma paciente o representante autorizado

Ivan E. Palacios MD 14223

SCHMIDT MONTILLA, CORAL S.

Récord Médico:0000312125

Cuenta:2100203800

01/25/2023 3:46PM

1/2020)