

DADOS DEMOGRAFICOS DO PACIENTE		
Nome:		Sobrenome:
Social Security # :		Data de nascimento:
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone #:		Celular #:
Email:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça :	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		
INFORMAÇÕES DE SEGURO		
Seguro Primario:		Data de Vigência:
Nome no cartão:		Policy #:
Seguro Secundario:		Data de Vigência:
Nome no cartão:		Policy #:
Medico Primario:		Telefone do Medico:
Medico de referência:		Telefone do Medico de referência:
INFORMAÇÕES DO EMPREGADOR		
Empregador:		Telefone do Empregador #:
Endereço Profissional:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Em caso de emergência, quem devemos contatar?	Relação com o paciente:	Telefone de contato de emergência:

Autorização para Tratamento

Autorizo a West Orange Nephrology, LLC a realizar procedimentos e tratamentos, incluindo administração de medicamentos, juntamente com outros procedimentos cirúrgicos e médicos que possam ser necessários. Autorizo a divulgação de qualquer informação médica necessária para processar uma reclamação e, por meio deste, atribuo benefícios pagáveis à West Orange Nephrology, LLC no caso de outro seguro de saúde se tornar primário em relação ao meu seguro de saúde. Para fornecer ainda mais continuidade de cuidados, autorizo a divulgação de informações médicas para outros médicos especialistas. Além disso, quaisquer serviços não cobertos pelo meu seguro se tornarão de minha responsabilidade pelos serviços de pagamento integral prestados pela West Orange Nephrology, LLC.

Assinatura do Paciente ou Representante Pessoal:

Data:

West Orange Nephrology, LLC

- 1210 E. Plant St, Winter Garden FL 34787
 - 828 Mercy Drive, Suite 3 Orlando, FL 32808
 - 587 E. State Road 434, Suite 1011, Longwood FL 32750
 - 7960 Forest City Road Suite 104 Orlando FL 32750
- Phone: 407-297-8408 Fax: 407-297-8409

Prezado Paciente,

Por favor, preencha as informações abaixo. O escritório da West Orange Nephrology não ligará e deixará uma mensagem a menos que você tenha autorizado a fazê-lo. Isso inclui lembretes de compromissos, resultados de laboratório, informações de prontuários e ramais. No formulário abaixo, indique onde, quando e com quem você se sente à vontade para compartilhar informações. Além disso, se houver alguém específico em relação a você e você não se sentir à vontade para compartilhar suas informações médicas, informe-nos.

Autorizo o escritório da West Orange Nephrology a me ligar nos seguintes números de telefone:

Casa: _____

Trabalho: _____

Celular: _____

Outro: _____

O melhor dia para me ligar é (circule quantos se aplicam) Segunda, Terça, Quarta, Quinta, Sexta

A melhor hora para me ligar é _____

Se eu não estiver disponível, eu (circule um) autorizo ou não autorizo deixar uma mensagem.

Autorizo você a compartilhar minhas informações médicas com as seguintes pessoas (não forneceremos nenhuma informação a ninguém de seu conhecimento, família ou parentesco sem o seu consentimento pessoal)

DIRETIVA AVANÇADA	
Você designou uma pessoa (diretiva avançada) que tomaria decisões sobre seus cuidados médicos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Nome da pessoa que tomaria decisões :	
Telefone:	Email:

Nome do Paciente: _____ Data: _____

Assinatura do Paciente ou Representante Pessoal: _____

West Orange Nephrology, LLC

- 1210 E. Plant St, Winter Garden FL 34787
 - 828 Mercy Drive, Suite 3 Orlando, FL 32808
 - 587 E. State Road 434, Suite 1011, Longwood FL 32750
 - 7960 Forest City Road Suite 104 Orlando FL 32750
- Phone: 407-297-8408 Fax: 407-297-8409

Consentimento para Fins de Tratamento, Pagamento e Operações de Saúde:

Eu, _____, concordo com o uso ou divulgação de minhas informações de saúde protegidas pela West Orange Nephrology com a finalidade de diagnosticar ou fornecer tratamento para mim, obter o pagamento de minhas contas de saúde ou realizar operações de saúde da WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC. Eu entendo que diagnósticos ou tratamento de mim por Nefrologistas da West Orange podem estar condicionados ao meu consentimento como evidência pela minha assinatura neste documento.

Entendo que tenho o direito de solicitar uma restrição sobre como minhas informações de saúde protegidas são usadas ou divulgadas para realizar tratamento, pagamento ou operações de saúde de sua prática. A WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC não é obrigada a concordar com as restrições que eu possa solicitar, a restrição é obrigatória para a WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC.

Tenho o direito de revogar este consentimento por escrito, a qualquer momento, exceto na medida em que a WEST ORANGE NEPHROLOGY, LLC tenha tomado medidas com base neste consentimento.

Minhas “informações de saúde protegidas” significam informações de saúde, incluindo minhas informações demográficas, coletadas de mim e criadas ou recebidas por meu médico, outro profissional de saúde, um plano de saúde, meu empregador ou uma câmara de compensação de saúde. Essas informações de saúde protegidas estão relacionadas à minha saúde ou condição física ou mental passada, presente ou futura e me identificam, ou há uma base razoável para acreditar que as informações podem me identificar.

Entendo que tenho o direito de revisar o Aviso de Práticas de Privacidade da WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC antes de assinar este documento. O Aviso de Práticas de Privacidade da WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC foi fornecido a mim. O Aviso de Práticas de Privacidade descreve os tipos de usos e divulgações de minhas informações de saúde protegidas que ocorrerão no meu tratamento, pagamento de contas ou no desempenho das operações de assistência médica da WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC. O Aviso de Práticas de Privacidade para WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC também é fornecido 10000 W. Colonial Dr, Ocoee, FL 34761. O Aviso de Práticas de Privacidade também descreve meus direitos e os deveres da WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC com relação às minhas informações de saúde protegidas.

Entendo que preciso ligar para o escritório da WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC com 24 horas de antecedência para reagendar. Gostaríamos de acomodar outros pacientes em nossa lista de espera. A WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC's reserva-se o direito de cobrar \$ 50,00 por todos e quaisquer consultas interrompidas.

A WEST ORANGE NEPHROLOGY LLC reserva-se o direito de alterar as práticas de privacidade descritas no Aviso de Práticas de Privacidade. Posso obter uma notificação revisada de práticas de privacidade ligando para o escritório e solicitando que uma cópia revisada seja enviada pelo correio ou solicitando uma no momento da minha próxima consulta.

Assinatura do Paciente ou Representante Pessoal:

Nome do Paciente ou Representante Pessoal:

Data:

OBRIGADA.