INFORMACIÓN GENERAL:

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial media _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

(_____) _____ Teléfono

(_____) _____ Teléfono celular

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.° de Seguro Social _____ - _____ - _____ M F (Marcar con un círculo) Soltero Casado Divorciado Viudo (Marcar una con un círculo)

Lugar de empleo _____

Asegurador médico principal _____ Numero de la póliza _____

HMO PPO POS Otra _____ (Tipo de plan) (_____) _____ Teléfono del Seguro médico

Seguro médico secundario _____ Numero de la póliza _____

HMO PPO POS Otra _____ (Tipo de plan) (_____) _____ Teléfono del asegurador médico

IMPORTANTE: A quién contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Relación _____

Domicilio (Calle/Ciudad/Cód.Postal) _____ (_____) _____ Teléfono

(_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ Teléfono laboral

"Comprendo que soy responsable de pagar todos los cargos contraídos, los cubra o no el seguro. Es mi responsabilidad pagar cualquier monto deducible adeudado al momento de recibir el servicio y cualquier otro saldo no cubierto por mi seguro dentro de los 30 días. Autorizo a que se revele la información médica necesaria para determinar los beneficios pagaderos para los servicios relacionados.
Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el centro médico (Grupo médico JSA) realice el tratamiento médico correspondiente."

Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____

Expediente médico del paciente

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha de la última exploración física: _____ Nombre del médico anterior: _____

Domicilio del médico: _____

ANTECEDENTES (personales y de alergias):

	Sí	No
Amputación	☐	☐
Anemia	☐	☐
Abuso de alcohol	☐	☐
Alergias (no a medicamentos)	☐	☐
Artritis	☐	☐
Asma	☐	☐
Trastornos hemorrágicos		☐
Cáncer ubicación _____	☐	☐
Arritmias cardíacas Marcapasos _____	☐	☐
Varicela	☐	☐
Colitis	☐	☐
Depresión	☐	☐
Infarto cerebral	☐	☐

¿Ha padecido alguna de las siguientes afecciones?

	Sí	No
Diabetes	☐	☐
Enfisema/EPOC	☐	☐
Caídas	☐	☐
Colecistopatía	☐	☐
Gota	☐	☐
VIH / SIDA	☐	☐
Ataque cardíaco / IM	☐	☐
Otra enfermedad cardíaca (Fallo cardiatico)	☐	☐
Hepatitis	☐	☐
Hipertensión arterial	☐	☐
Ictericia	☐	☐
Enfermedad renal	☐	☐
Sarampión / Paperas	☐	☐

	Sí	No
Jaqueca	☐	☐
Depresión nerviosa	☐	☐
Ostomías _____	☐	☐
Parálisis	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐
Convulsiones	☐	☐
Enfermedades venéreas	☐	☐
Anemia drepanocítica	☐	☐
Trastornos del sueño	☐	☐
Úlceras estomacales	☐	☐
Enfermedades tiroideas	☐	☐
Trastorno vascular	☐	☐

HÁBITOS PERSONALES:

1) ¿Ha fumado alguna vez? ☐Sí ☐No Si la respuesta es sí, ¿es un fumador habitual? ☐Sí ☐No

¿Ha consumido tabaco de mascar? ☐Sí ☐No Si la respuesta es sí, cantidad de años ____ Si es no, ¿cuándo lo dejó? _____

2) ¿Bebe alcohol habitualmente? ☐Sí ☐No Si lo hace, ¿con qué frecuencia?: _____

3) ¿Ha usado alguna de las siguientes?: Marihuana☐ LSD☐ Heroína☐ Cocaína☐ Anfetaminas☐ Otras☐

OPERACIONES: Enumere e indique el año aproximado. HERIDAS GRAVES: Enumere las heridas e indique las fechas aproximadas.

_____ _____

_____ _____

_____ _____

HOSPITALIZACIONES: (Además de las operaciones)

Indique razones y fechas aproximadas

_____

_____

_____

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS:

ÚLTIMO EXAMEN	FECHA	UBIC./PRESTADOR
EXAMEN DE LA VISTA:		
EXAMEN DE PIES:		

VACUNAS: (Indique la fecha) Hepatitis B _____ Gripe _____ Poliomielitis _____

Tifoidea _____ Viruela _____ Tétanos _____ Neumocócica _____ Varicela _____

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento_____

ANTECEDENTES FAMILIARES	Sexo	SI VIVE		SI FALLECIÓ	
		EDAD	SALUD	EDAD AL FALLECER	CAUSA
Padre					
Madre					
Hermanos/hermanas	M F				
	M F				
	M F				
Esposo/esposa					
Hijos/hijas	M F				
	M F				

Verifique si algún consanguíneo padece o ha padecido alguna de las siguientes e ingrese su parentesco:

	Sí	No	Parentesco con usted
Artritis	☐	☐	
Asma	☐	☐	
Tendencia a hemorragias	☐	☐	
Cáncer	☐	☐	
Colitis	☐	☐	
Enfermedad cardíaca congénita	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Enfisema	☐	☐	
Epilepsia	☐	☐	
Tiroide	☐	☐	
Gota	☐	☐	
Rinitis polínica	☐	☐	
Ataque cardíaco	☐	☐	

	Sí	No	Parentesco con usted
Hipertensión arterial	☐	☐	
Pólipos intestinales	☐	☐	
Enfermedad renal	☐	☐	
Leucemia	☐	☐	
Jaqueca	☐	☐	
Depresión nerviosa	☐	☐	
Fiebre reumática	☐	☐	
Anemia drepanocítica	☐	☐	
Úlceras estomacales	☐	☐	
Infarto Cerebral	☐	☐	
Suicidio	☐	☐	
Tuberculosis	☐	☐	
Otros	☐	☐	

MEDICAMENTOS:

- ☐ Medicamento para asmá
- ☐ Aspirina, Bufferin, Anacin, Tylenol o productos similares
- ☐ Píldoras para la hipertensión
- ☐ Cortisona, prednisona
- ☐ Medicamento para la tos
- ☐ Digitalis o medicamentos para el corazón
- ☐ Hormonas
- ☐ Insulina o píldoras para la diabetes
- ☐ Medicamentos para la anemia
- ☐ Laxantes
- ☐ Somníferos/tranquilizantes
- ☐ Medicamentos para la tiroides
- ☐ Medicamentos para el estómago/digestivos
- ☐ Píldoras para bajar de peso
- ☐ Anticoagulantes o cumadina
- ☐ Dilantin o medicamentos para las convulsiones
- ☐ Píldoras contra la retención de agua o diuréticos
- ☐ Antibióticos
- ☐ Fenobarbital/barbitúricos
- ☐ Vitaminas
- ☐ Otros medicamentos con receta o de venta libre

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Enumere cada medicamento, la dosis y la frecuencia con la que lo toma, incluyendo vitaminas y suplementos naturales

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, enumere los medicamentos y las reacciones.

Medicamento	Reacción

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Antecedentes de estilo de vida/sociales:		Lengua materna _____
¿Vive alguien más en su residencia?	SÍ NO	Si la respuesta es sí, indique nombre y relación:
Tipo de residencia		Departamento Vivienda móvil Casa Un piso Dos pisos Vivienda con servicio de ayuda Nombre _____ Otra _____
Equipo médico	SÍ NO	Silla de ruedas _____ Oxígeno _____ Andador _____ Nebulizador _____ Bastón _____ Sistema de CPAP/BIPAP _____ Otros
¿Puede pagarse los medicamentos?	SÍ NO	Posible remisión al programa de ayuda al paciente
Transporte proporcionado por:		

Antecedentes nutricionales:	
Peso actual _____ Lbs	Altura actual _____ Ft _____ In ¿Cambios de peso en los últimos 6 meses? Sí / No
Plan de dieta actual	

Ejercicio / actividad:	
Actividad actual	Frecuencia
Limitaciones físicas:	

Actividades de rutina diaria:		
¿Necesita ayuda para bañarse o asearse?	SÍ NO	Si la respuesta es sí, explique:
¿Necesita ayuda para ir al baño?	SÍ NO	Si la respuesta es sí, explique:
¿Necesita ayuda para comer?	SÍ NO	Si la respuesta es sí, explique:
¿Tiene pérdida de la audición?	SÍ NO	¿Usa audífonos? Sí ☐ No ☐ Fecha del último examen auditivo: _____

Comentarios y notas adicionales:

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Antecedentes de servicios preventivos

Servicios preventivos	Fecha	Resultados y recomendaciones
Medición de la masa ósea (densidad)		
Chequeo de enfermedades cardiovasculares Colesterol >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> LDL >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> ECG >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>	 _____ _____ _____	Hipercolesterolemia ☐ Hiperlipidemia ☐ Otros ☐ _____ Resultados del ECG:
Chequeo de cáncer colorrectal Sigmoidoscopia flexible>>>>>>>>>>>>> Enema de bario >>>>>>>>>>>>>>>>>>>> Colonoscopia (no de alto riesgo)>>>> Prueba de sangre oculta en heces>>>>	 _____ _____ _____ _____	
Chequeo de diabetes Hg A1C >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> Examen de pies >>>>>>>>>>>>>>>>>>> Examen de la vista >>>>>>>>>>>>>>>>>>	 _____ _____ _____	 Cataratas ☐ Otros _____
Chequeo de glaucoma		Glaucoma ☐
Papanicolau y examen pélvico		
Chequeo de cáncer de próstata Examen rectal digital (ERD) Prueba de antígeno prostático específico (APE)		
Mamografía Autoexamen del seno Mamograma		

Fecha de revisión _____ Firma del médico _____

***Después de revisar la valoración de riesgos para la salud recuerde codificar como 99420

Patient Care Policies at West Orange Family Medical Care, Update for 2014

1. Dr. Michael G Mercado is the Directing Physician at WOFMC and although he may not directly take care of you, he is at all times available as a medical consultant for any highly-trained and experienced Nurse Practitioner or Physician's Assistant entrusted to autonomously provide medical care to patients at WOFMC.

2. The entire staff at WOFMC works together as a team and is committed to providing our patients with a comfortable environment to receive compassionate, competent, and individualized medical care. If there is a situation that does not meet your expectation, we will do our best to correct, however we do ask for your calm and respectful treatment of each staff member at all times.

3. Medical care is provided by appointment only. Every request you may have related to your medical care requires "face-to-face" time with a provider who can then document your encounter and your plan of care to be implemented. This includes prescription renewals, home care and DME provision. Home care agencies take care of skilled and intermittent medical needs. Home care does not provide care to homebound sick or elderly patients who are chronic but stable.

4. If you become sick and need an urgent or same day visit, please be assured that we will make every effort for you to be seen by a provider. You will receive treatment for that illness only. We do our best to keep your wait time as short as possible, but in our effort to be thorough and attentive with every patient, and as some of our patients are severely ill and require more critical medical care; we apologize if you are not seen by your provider at your appointment time.

5. We request that you bring ALL your medications with you to every visit so we have an accurate accounting of your treatments. We request that you have your medications refilled at the time of your visit. When you or your pharmacy contacts our office for refills outside of an office visit, we still have to consult your chart to see if your refill is appropriate. Prescribing for patients who are in the office takes priority and your refill request could take up to one week to complete.

6. If you require a prescription of a controlled medication, for pain, muscle spasm, cough, insomnia, anxiety, ADD/ADHD in the course of your medical treatment, it will be prescribed by Dr. Mercado only. Documented testing results, report of symptoms and physical findings must support the use of a controlled substance, and only when all others methods of treatment have failed. Urine testing will be done at random visits at your cost and surveillance reports of your controlled substance use as tracked by the pharmacies and the State of Florida will be reviewed. Do not call the office at anytime for refill of controlled meds, as you will need an office visit. Lost or stolen meds or scripts will not be replaced.

7 You may find that your insurance company will not pay for certain medical procedures, medical equipment, specialty medications, brand name drugs, or even some generic medications or that deductibles or co-pays do not fit your budget. WOFMC providers will choose medications or treatments that are on formulary with your insurance carrier. If you consider a medication or treatment to be life-saving, exclusive of all other options, you will be referred to a specialist. Pre-authorizations or any other letters of appeal are generally NOT done in this office.

8. WOFMC is in the process of converting from a paper medical record keeping system to Practice Fusion, a cloud-based electronic medical record keeping system. The staff considers patient confidentiality to be a very serious matter and therefore we have many layers of electronic security that help keep your medical history private. In the event that the entire Practice Fusion data base becomes hacked, our office will inform you as soon as is humanly possible and put you in touch with the administrative offices of Practice Fusion.

9. For the convenience of our patients, WOFMC offers a line of natural patented nutritional supplements and skin care products developed and distributed by Mannatech, Inc. Mannatech's products contain stabilized aloe vera in addition to other high quality ingredients. While our providers, in the course of interpreting your labs results, may recommend certain vitamins or minerals, our patients are under NO obligation to purchase those supplements from our office. Any interested patient will be referred to Lillian Mercado, our Wellness Coach. Most importantly, the offering of Mannatech nutritional supplements in our office is NEVER intended to treat conditions or cure illness. We care only to potentially provide you with the availability of high quality nutritional products that you would seek out for yourself in a retail marketplace.

Signed as Received_____ Date_____

PATIENT MAY KEEP A COPY OF THIS FORM

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ FN: _____

Notificación ley HIPAA

Certifico que recibi y revisé las politicas médicas de esta oficina y entiendo que mi información médica esta protegida por la ley y que puede ser usada para TRATAMIENTO, PAGO y TRANSACIONES DE SALUD. Yo entiendo las circunstancias bajo las cuales esta oficina puede usar esta información, y que yo tengo el derecho de negar por escrito el consentimiento a que la información sea revelada para otros motivos que no sean los legalmente requeridos.

Designación de personas autorizadas a mi información

Instrucciones para contactarme (marque todas las que apliquen)

_____ Teléfono de la casa ☐ Puede dejar mensaje con información detallada. ☐ Solamente dejar un número de teléfono para llamar de vuelta.	_____ Teléfono del trabajo ☐ Puede dejar mensaje con información detallada. ☐ Solamente dejar un número de teléfono para llamar de vuelta.
_____ Celular ☐ Puede dejar mensaje con información detallada. ☐ Solamente dejar un número de teléfono para llamar de vuelta.	_____ Comunicación escrita ☐ Esta bien enviar información a la dirección de la casa. ☐ Puede enviar información a la siguiente dirección: _____

Comunicación con Familiares o otras personas envueltas en su cuidado de salud

Favor, mencione cualquier familiar o persona envuelta en su cuidado de salud que usted autoriza a que la práctica pueda compartir su información protegida del record médico.
Favor de incluir que tipo de información podemos compartir.

		Tipo de Información			
Nombre	Relación	Toda	Citas	Médica	Facturas / Pagos

Entiendo que puedo cancelar esta designación en cualquier momento y tiempo con tan solo firmar la sección de revocación. Entiendo que esta revocación solo aplica a divulgaciones y acciones futuras y no cancela o aplica a divulgaciones o acciones ocurridas durante el periodo de efectividad de esta designación.

Firma _____ Fecha de hoy: _____
Paciente o Representante Legal para hacer decisiones de cuidado médico

Si es firmado por un represéntante legal:

Nombre del representante: _____ Relación: _____
(Padre, madre, custodio, etc.)

WEST ORANGE FAMILY MEDICAL CARE FINANCIAL POLICY

Thank you for choosing our office as your health care provider. We are committed to your treatment being successful. Please understand that the payment of your bill is considered a part of your treatment, to provide you with staff and facility in which to serve you. The following is a statement of our financial policy which we require you read and sign prior to any treatment.

All patients must complete our Patient Intake forms, Patient Care Policy form, and HIIPA form before seeing any of our providers at West Orange Family Medical Care.

- Full payment of visit, insurance deductibles, or co-pays are due at the time of service.
- We accept cash, checks, Visa, Master Card, and American Express for payment.
- We offer an extended payment plan with prior approval by the Office Manager, after the initial visit.
- The providers are not aware of payment arrangements, except to the extent that they are sensitive to provide treatments that are covered by your insurance or affordable to you otherwise.

Insurance and Covered Services
We will bill your insurance company after your deductible has been met. If payment is not made by your insurance, the patient becomes fully responsible for payment. If your insurance company has not paid your account service within 45 days of billing, the balance will automatically transferred to your account. Please be aware that some, and perhaps all, of the services provided may be non-covered services and are not considered reasonable and necessary under the Medicare program and/or other medical insurance, you will be informed in advance of service rendered, as much as we are aware.

Participating Provider with your Insurance Plan
All co-pays and deductibles are due prior to treatment. In the event your insurance coverage changes to a plan where we do not participate, refer to the paragraph above.

Usual and Customary Rates
Our practice is committed to providing the best treatment for our patients and our charges are considered "usual and customary for our geographical area. You are responsible for payment regardless of any insurance company's arbitrary determination of usual and customary rates.

FEE SCHEULE for Forms
Please be aware it may take up to 2 weeks for any form to be completed. To ensure accuracy and avoid possible delays, the patient is responsible for completing all fields that pertain but not limited to: Employee information, medical facts, performance impediment, amount of level needed, etc. It is also necessary that the patient attach a summary of his/her condition explaining why the forms are being required. In addition, if there are any fields left blank for any reason, you must include an explanation as to why you feel you cannot input an answer. Without this information, you may hinder your form(s) readiness for pick up.

PAYMENT IS DUE AFTER FORM(S) HAVE BEEN COMPLETED. YOU WILL NOT RECEIVE, HAVE FAXED, OR MAILED ANY FORM(S) UNTIL PAYMENT HAS BEEN MADE.

Disability Forms (short and long term)	$45.00
FLMA FORMS	$25.00
Letter explaining diagnosis or travel letter	$25.00
Form(s) for court of any kind	$25.00
Jury duty excuse, work or school excuse, Handicap form(s) for DMV	$ 0.00

Michael Mercado, MD

PATIENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

West Orange Family Medical Care, PA

Diplomate, American Board of Family Medicine
Michael G. Mercado, M.D., FAAFP, CMD

_____ Print Patient full name

_____ Street address

_____ City/State/Zip

_____/_____/_____ Birth date

_____-_____-_____ Social Security Number

(_____)_____-_____ Home phone number

I, _____, do hereby authorize WEST ORANGE FAMILY MEDICAL CARE, P.A. to receive:
patient name

_____ Discharge Summary
_____ History & Physical
_____ Progress Notes
_____ Operative Notes

_____ Pathology Reports
_____ Laboratory Reports
_____ Radiology Reports
_____ ECG/EEG/Cardiac Cath

_____ Emergency Reports
_____ Entire Chart
_____ Other _____

ATTN: YOU MUST FILL OUT THE BELOW SECTION OR WE WILL NOT BE ABLE TO COMPLY WITH YOUR REQUEST. (please check one)

_____I do _____I do NOT authorize release of information related to AIDS (Acquired Immunodeficiency syndrome) or HIV (Human Immunodeficiency Virus) Infection, psychiatric care and/or psychological assessment, and treatment for alcohol and/or drug abuse.

RECEIVE INFORMATION FROM: _____
Name of Company/Agency/facility/Person

Phone #: _____

Fax #: _____

_____
Street Address

_____
City/State/Zip

PURPOSE OF DISCLOSURE:

_____ Referral to specialist _____ Insurance _____ Workers Comp _____ Change of Doctor/Provider
_____ Legal Investigation _____ Disability determination _____ Self _____ Continuing care
Other (please specify) _____

Please provide the best telephone number in the event we need to contact you (home, work or cell)
(_____) _____-_____

I hereby authorize disclosure of the health information for the above named patient. This authorization is valid for 12 months from the date of signature. I understand that I may cancel this request with written notification but that it will not effect any information released prior to notification of cancellation. I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person or class of persons or facility receiving it and would then no longer be protected by federal regulations. I understand that the medical provider to whom this authorization is furnished many not condition its treatment of me on whether or not I sign the authorization.

_____ Signature of individual or guardian or Personal Representative of patient's estate

_____ Date

1002 S. Dillard Street Suite 102, Winter Garden, FL 34787 • Phone 407-877-3577 • Fax 407-877-8495

CHANGES TO CANCELATION/NO SHOW POLICY 2021

EFFECTIVE OCTOBER 1, 2021, WE WILL BE CHARGING A $25.00 NO SHOW FEE TO ANY PATIENT THAT DOES NOT CANCEL THEIR APPOINTMENT 48 HOURS BEFORE THEIR SCHEDULED APPOINMENT TIME.

THANK YOU FOR YOUR UNDERSTANDING.

_____

PATIENT NAME AND SIGNATURE

_____

DATE OF SIGNATURE

_____

WITNESS NAME AND SIGNATURE