



**BREATHWELL
PULMONARY
CLINIC**

3450 E Fletcher Ave STE 260, Tampa FL 33613

Telefono: 813-419-3108 Fax: 813-482-0542

Información del Paciente

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Genero: M F

Direccion: _____

Celular: _____ Trabajo: _____ Casa: _____

Email: _____ Telefono de la Farmacia: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono: _____

Raza: _____ Ethnicidad: _____ Idioma: _____

Información del Médico/Aseguranza

Nombre del Médico: _____ Teléfono Number: _____

Seguro Primario: _____ Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Seguro Secundario: _____ Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Historial Medico

1. Tiene alguna alergia conocida? No Sí (por favor, liste) _____

2. Actualmente fuma? No Sí Exfumador (Año en que dejó de fumar: _____)

3. Utiliza terapia de oxígeno? No Sí, en casa Sí, de forma continua

4. Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las que apliquen) Asma EPOC Apnea del Sueño Fibrosis Pulmonar Tuberculosis

Enfisema Cáncer de Pulmón Neumonía Bronquitis Otra: _____

5. Tiene alguna otra condición crónica? No Sí, especifique: _____

1. Consentimiento para Tratamiento Médico

Yo, el/la abajo firmante, consiento voluntariamente el tratamiento médico y los procedimientos diagnósticos que los profesionales de salud de BreatheWell Pulmonary Clinic consideren necesarios. Entiendo que el tratamiento puede incluir exámenes físicos, pruebas de laboratorio, estudios de imagen y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos según sea necesario para mi atención.

2. Responsabilidad Financiera y Seguro

Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos durante mi tratamiento. Si mi seguro no cubre los servicios, acepto pagar cualquier saldo restante. Autorizo a BreatheWell Pulmonary Clinic a divulgar cualquier información médica necesaria para propósitos de facturación a mi proveedor de seguro.

3. Divulgación de Información Médica

Autorizo la divulgación de mi información médica a mi médico remitente, médico de atención primaria u otros especialistas involucrados en mi cuidado. También entiendo que mis registros médicos se mantendrán confidenciales y no serán divulgados sin mi consentimiento por escrito, excepto cuando la ley lo requiera.

Autorización para el Acceso de un Miembro de la Familia (Opcional)

Autorizo a BreatheWell Pulmonary Clinic a divulgar mi información médica a la siguiente persona:

Nombre: _____

Relación con el Paciente: _____

Esta autorización permite a la persona mencionada discutir mi tratamiento, citas y facturación con BreatheWell Pulmonary Clinic. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

4. Consentimiento para Telemedicina (si aplica)

Entiendo que los servicios de telemedicina pueden ser ofrecidos como parte de mi atención. Consiento recibir servicios de salud a través de telecomunicaciones y entiendo los riesgos, beneficios y limitaciones de la telemedicina.

5. Reconocimiento y Firma

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y acepto los términos descritos en este formulario de consentimiento.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Tutor/Representante (si aplica): _____

Relación con el Paciente: _____