



Formulario de inscripción

Inclusive Care Group

Complete el Formulario de Registro de Nuevo Paciente y firme todas las páginas requeridas. Los formularios incompletos o sin firmar pueden retrasar el proceso.

el e-mail **admin@inclusivecaregroup.com**

Tele **(727) 753-7787** Fax **(833) 471-3023**

Información personal

Apellido

Fecha de nacimiento

Nombre

Número de seguro social

Nombre a utilizar

Dirección

Sexo al nacer

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Indeterminado

Línea de dirección 2

Pronombres

Ciudad

Estado

Código postal

Orientación sexual

Identidad de género

Teléfono

Notificaciones

☐ Si ☐ No

Correo electrónico

Not proporcionado

☐

Estado civil

Idioma

Raza

Etnicidad

Nombre completo y relación del contacto de emergencia

Teléfono de contacto de emergencia

Información del seguro

¿Utilizarás algún seguro?

☐ Pago por cuenta propia

Nombre del seguro

ID de suscriptor

¿Dónde escucho sobre nosotros?

☐ Un amigo o colega

☐ Creative Loafing

☐ Website

☐ Google

☐ Watermark

☐ Redes sociales

☐ Paciente actual

Otros

☐ COCKtail St. Pete

☐ Eventos

☐ Winter Pride

Alergias y medicamentos

Alimentos/Alergia	Medicamento	Reacción alérgica

Nombre actual del medicamento	Dosis	Veces por día

Historial médico

Seleccione todas las que correspondan.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Ninguno | ☐ Diverticulitis | ☐ Enfermedad pulmonar |
| ☐ AICD/marcapasos | ☐ Emphysema | ☐ Lupus |
| ☐ Anemia | ☐ Hígado graso | ☐ Esclerosis múltiple |
| ☐ Artritis | ☐ Fibromialgia | ☐ Trastornos neurológicos |
| ☐ Asma | ☐ Enfermedad de la vesícula biliar | ☐ Pancreatitis |
| ☐ Enfermedad autoinmune | ☐ Reflujo gastroesofágico | ☐ Agrandamiento de próstata |
| ☐ Problemas de sangrado/coagulación | ☐ enfermedad | ☐ Hipertensión pulmonar |
| ☐ Cáncer: _____ | ☐ Glaucoma | ☐ Apnea del sueño |
| ☐ Enfermedad celíaca | ☐ Cardiopatía | ☐ Úlcera de estómago |
| ☐ Dolor en el pecho | ☐ Hepatitis | ☐ Ataque |
| ☐ Cirrosis del hígado | ☐ Hipertensión | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Pólipos de colon | ☐ Colesterol alto | ☐ Enfermedad de la tiroides |
| ☐ Trastorno del tejido conectivo | ☐ VIH/SIDA | ☐ Colitis ulcerosa |
| ☐ EPOC | ☐ Síndrome del intestino irritable | ☐ Otros _____ |
| ☐ Enfermedad de Crohn | ☐ Enfermedad/insuficiencia renal | _____ |
| ☐ Depresión | ☐ Intolerancia a la lactosa | _____ |
| ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad hepática | _____ |



Historia quirúrgica

Seleccione todas las que correspondan.

	Fecha		Fecha
☐ Ninguna		☐ Reparación de hernia incisional	
☐ Abdominoplastia/Abdominoplastia		☐ Cirugía de vesícula biliar	
☐ Apendectomía		☐ Cirugía de hemorroides	
☐ Cirugía de espalda/columna		☐ Reparación de hernia hiatal	
☐ Cirugía bariátrica		☐ Cirugía de histerectomía	
☐ Cirugía de vejiga		☐ Reparación de hernia inguinal	
☐ Cirugía de mama		☐ Biopsia de hígado	
☐ ERCP		☐ Cirugía de ovario	
☐ Resección de colon		☐ Cirugía de próstata	
☐ Colostomía/ileostomía		☐ Cirugía de estómago/abdomen	
☐ Colonoscopia		☐ Prueba de estrés	
☐ EGD/Endoscopia		☐ Cirugía de tiroides	
☐ Reparación de hernia umbilical		☐ EUS	
☐ Cirugía del suelo pélvico		☐ Ecocardiograma	
☐ Otro:			

Historial adicional

¿Está actualmente tomando anticoagulantes o aspirina?

☐ Si ☐ No

¿Está usted actualmente tomando medicación para bajar de peso?

☐ Si ☐ No

¿Está usted actualmente tomando medicación para las convulsiones?

☐ Si ☐ No

Colonoscopia

Fecha

Resultados

☐ Si ☐ No ☐ Normal ☐ Anormal

Mamografía

Fecha

Resultados

☐ Si ☐ No ☐ Normal ☐ Anormal

Estudios de imagen completados

Ubicación de la imagen

Fecha

Vacunas

Seleccione todas las que correspondan.

☐ Gardasil (HPV)

☐ Gripe (influenza)

☐ Tétanos/Booster

☐ Bexsero/Meningocócico

☐ Hepatitis A

☐ COVID-19

☐ Neumonía/Pneumovax

☐ Paperas, Rubéola, Sarampión

☐ Hepatitis B

☐ Viruela M

☐ Culebrilla



Estilo de vida

¿Sexualmente activo? ☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no decir

Protección

Pareja sexual ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Ambas

¿Participas en relaciones sexuales anales receptivas?

☐ Si ☐ No

¿Alguna vez te han hecho una prueba de Papanicolaou anal?

☐ Si ☐ No Resultados ☐ Normal ☐ Anormal

¿Alguna vez te has hecho una prueba de Papanicolaou vaginal?

☐ Si ☐ No Resultados ☐ Normal ☐ Anormal

¿Ha viajado fuera del país en los últimos 30 días?

☐ Si ☐ No Si es así, ¿a dónde?

¿Has servido en el ejército? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿Por cuánto tiempo?

¿Has sido movilizado? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿a dónde?

¿Haces ejercicio regularmente? ☐ Si ☐ No

Tipo Duración

Frecuencia

Consumo de tabaco ☐ Si ☐ No Tipo

Frecuencia Duración

Consumo de alcohol ☐ Si ☐ No Tipo

Frecuencia

Consumos de drogas recreativas ☐ Si ☐ No

Tipo

¿Alguna vez has utilizado agujas para inyectarte drogas?

☐ Si ☐ No

¿Cuántas horas duermes den promedio?

Historia familiar

Esta sección ayuda a su proveedor. Comprender los posibles riesgos para la salud. Responda lo que sepa.
No se requieren de talles exactos.

¿A algún familiar directo se le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? (padres, abuelos, hijos y hermanos)
Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Presión arterial alta (hipertensión)
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Diabetes
- ☐ Cáncer (de cualquier tipo)
- ☐ Afección de salud mental
- ☐ Enfermedad autoinmune
- ☐ Afección genética o hereditaria
- Otra afección grave o crónica:

Si marcó "Cáncer", proporcione cualquier detalle que conozca (opcional):

Tipo de cáncer:

Miembro de la familia:

Edad aproximada en el momento del diagnóstico (si se conoce):

¿Hay algo más sobre su historial médico familiar que cree que su proveedor debería saber?

☐ Me gustaría revisar mi historial médico familiar con más detalle con mi proveedor.





Revisión de sistemas

Seleccione todas las que correspondan.

CONSTITUCIONAL

- ☐ Cambio de actividad
- ☐ Cambio de apetito
- ☐ Escalofríos
- ☐ Diaforesis
- ☐ Fatiga
- ☐ Fiebre
- ☐ Cambio de peso inesperado

ORL

- ☐ Congestión nasal.
- ☐ Problemas dentales.
- ☐ Babeo.
- ☐ Secreción del oído.
- ☐ Dolor de oído.
- ☐ Hinchazón facial.
- ☐ Pérdida de audición.
- ☐ Llagas en la boca.
- ☐ Hemorragia nasal.
- ☐ Goteo retronal.
- ☐ Rinorrea.
- ☐ Dolor sinusal.
- ☐ Presión sinusal.
- ☐ Estornudos.
- ☐ Dolor de garganta.
- ☐ Tinnitus.
- ☐ Dificultad para tragar.
- ☐ Cambio de voz.

OJOS

- ☐ Secreción ocular
- ☐ Picazón ocular
- ☐ Dolor ocular
- ☐ Enrojecimiento ocular
- ☐ Fotofobia
- ☐ Alteración visual

CARDIO VASCULAR

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Hinchazón de piernas
- ☐ Palpitaciones

GASTROINTESTINAL

- ☐ Distensión abdominal
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Sangrado anal
- ☐ Sangre en las heces
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Náuseas
- ☐ Dolor rectal
- ☐ Vómitos

URINARIO/EXCRETOR

- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Disuria
- ☐ Enuresis
- ☐ Dolor en el flanco
- ☐ Frecuencia urinaria
- ☐ Llaga genital
- ☐ Hematuria
- ☐ Secreción peneana
- ☐ Dolor de pene
- ☐ Hinchazón del pene
- ☐ Hinchazón escrotal
- ☐ Dolor testicular
- ☐ Urgencia
- ☐ Disminución de la orina
- ☐ Flujo vaginal
- ☐ Sangrado vaginal anormal
- ☐ Masa en el seno/pecho

HEMATOLÓGICO

- ☐ Adenopatía
- ☐ Moretones/Sangrado fácil

MUSCULOSKELETAL

- ☐ Artralgias
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Problemas de marcha
- ☐ Inflamación articular
- ☐ Mialgias
- ☐ Dolor de cuello
- ☐ Rigidez de cuello

Piel

- ☐ Cambio de color
- ☐ Palidez
- ☐ Erupción
- ☐ Herida

INMUNOLOGÍA

- ☐ Alergias ambientales
- ☐ Alergias alimentarias
- ☐ Inmunodeprimidos

NEUROLÓGICO

- ☐ Mareos
- ☐ Asimetría facial
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Aturdimiento
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Convulsiones
- ☐ Dificultad para hablar
- ☐ Síncope
- ☐ Temblores
- ☐ Debilidad

ENDOCRINO

- ☐ Intolerancia al frío
- ☐ Intolerancia al calor
- ☐ Polidipsia
- ☐ Polifagia
- ☐ Poliuria

PSIQUIÁTRICO

- ☐ Agitación
- ☐ Problemas de conducta
- ☐ Confusión
- ☐ Disminución de la concentración
- ☐ Estado de ánimo disfórico
- ☐ Alucinaciones
- ☐ Hiperactividad
- ☐ Nervioso/ansioso
- ☐ Autolesión
- ☐ Alteración del sueño
- ☐ Ideas suicidas

RESPIRATORIO

- ☐ Apnea
- ☐ Opresión en el pecho
- ☐ Asfixia
- ☐ Tos
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Estridor
- ☐ Sibilancias

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha



Prácticas de privacidad y reconocimiento del paciente Aviso de HIPAA

Inclusive Care Group (ICG) se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida (PHI) de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la legislación aplicable de Florida. Podemos usar y divulgar su información médica para fines de tratamiento, pago, atención médica, coordinación de la atención y generación de informes de salud pública, según lo exija la ley. El acceso a su información está limitado únicamente al personal autorizado. Mantenemos medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas para proteger su privacidad.

Derechos del paciente Usted tiene derecho a:

- Acceder y solicitar copias de sus registros médicos
- Solicitar correcciones a su información de salud
- Solicitar restricciones sobre ciertas divulgaciones cuando estén permitidas
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Presentar una denuncia sin temor a represalias

Comunicación electrónica y verbal Al recibir atención en Inclusive Care Group, usted reconoce y acepta que:

- El personal puede comunicarse con usted por teléfono, correo de voz, mensaje de texto, portal del paciente o correo electrónico para comunicaciones relacionadas con la atención.
- Los mensajes pueden incluir recordatorios de citas, resultados de laboratorio, coordinación de atención o notificaciones de facturación.
- No se puede garantizar la confidencialidad absoluta con la comunicación electrónica.

Puede solicitar preferencias de comunicación o darse de baja de determinados métodos de comunicación en cualquier momento. Reconocimiento de la HIPAA. Reconozco que he recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Inclusive Care Group. Entiendo mis derechos con respecto a mi información médica protegida y cómo esta puede usarse y divulgarse según lo permita la ley.

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha



Asignación de beneficios

Todos los servicios profesionales prestados se facturan al paciente y deben abonarse al momento de la prestación, a menos que se haya acordado previamente con nuestra oficina. Se completarán los formularios necesarios para solicitar los pagos a la aseguradora.

Por la presente, cedo todos los beneficios médicos, dentales y quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Autorizo y ordeno a mi(s) aseguradora(s), incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan médico, dental y de salud, a emitir cheques de pago directamente a Inclusive Care Group por los servicios médicos y dentales prestados a mí y/o a mis dependientes, independientemente de los beneficios de mi seguro, si los hubiera. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a Inclusive Care Group a:

1. Divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos;
2. Procesar las reclamaciones de seguros generadas durante el examen o tratamiento; y
3. Permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar las reclamaciones de seguros durante mi vida.

Esta orden permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. He solicitado servicios médicos de Inclusive Care Group en mi nombre y/o en el de mis dependientes, y entiendo que, al realizar esta solicitud, asumo la plena responsabilidad financiera de todos los gastos incurridos durante el tratamiento autorizado.

Entiendo además que los honorarios expiran deben pagarse en la fecha de prestación de los servicios y acepto pagar la totalidad de dichos cargos inmediatamente después de presentar el estado de cuenta correspondiente. Una fotocopia de este trabajo tendrá la misma validez que el original.

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha



Póliza de acuerdo de pago y formulario de extensión de seguro

Gracias por elegir a Inclusive Care Group (ICG) como su proveedor de servicios. Agradecemos la oportunidad y el privilegio de participar en su atención médica. Con respecto al pago de los servicios, por favor revise las siguientes políticas.

- Se cobran honorarios por los servicios profesionales prestados. Usted, como parte responsable, acepta la responsabilidad financiera total por el pago de todos los servicios proporcionados.
- Se espera que pague todos los deducibles, copagos, coaseguros y servicios no cubiertos en el momento de recibir el servicio. Si tiene un plan con deducible alto (\$1000 o más), se le requerirá pagar los servicios en el momento de la consulta hasta que el deducible sea alcanzado.
- ICG ofrece una opción de pago automático para su conveniencia; por favor consulte con el gerente de la oficina para más detalles. Nosotros facturaremos a su compañía de seguros por todos los servicios cubiertos.
- Usted es financieramente responsable del pago total de cualquier servicio que sea denegado por su seguro como servicio no cubierto, no médicamente necesario, si no nos notificó sobre cambios en su cobertura de seguro, o si no obtuvo una referencia o autorización requerida por su compañía de seguros.
- Usted es responsable de notificar inmediatamente a ICG sobre cualquier cambio en su póliza de seguro y de obtener las referencias y/o autorizaciones relacionadas con su seguro cuando sean necesarias.
- Si el pago de una reclamación que enviamos no es recibido dentro de 90 días por parte de Medicare, Medicaid, compañías de seguros privadas u otros pagadores de terceros, usted será responsable del pago total del saldo pendiente en ese momento. Si su compañía de seguros realiza un pago después de los 90 días, se le emitirá un reembolso dentro de los 30 días posteriores al pago, por el monto pagado por la aseguradora.
- Si ICG no es proveedor participante (fuera de red) con su compañía de seguros, usted será responsable de pagar el total del servicio en el momento de la consulta. Nosotros enviaremos una reclamación a su compañía de seguros en su nombre. Si su compañía de seguros realiza un pago sobre la reclamación, se le emitirá un cheque de reembolso dentro de los 30 días posteriores a la recepción del pago, por el monto pagado por la aseguradora.
- ICG puede divulgar información del paciente a pagadores de terceros y a cualquier entidad que nos ayude a obtener el pago, incluyendo agentes de facturación, codificación y cobranza, así como a los abogados y consultores del proveedor.
- ICG se reserva el derecho de suspender los servicios si usted no realiza el pago de los servicios recibidos.
- Entiendo que ICG no puede garantizar el pago por parte de los proveedores de seguros participantes por los servicios prestados. Por lo tanto, si mi compañía de seguros niega el pago, acepto ser totalmente responsable del pago.
- Solicito que los pagos de mi(s) pagador(es) de terceros se realicen directamente a ICG y autorizo a ICG a presentar reclamaciones en mi nombre ante dichos pagadores. Entiendo y acepto las políticas de ICG establecidas en este documento.

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha



Política financiera

A continuación encontrará información que responde a preguntas frecuentes sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados. Por favor léala cuidadosamente, pregúntenos cualquier duda que tenga y firme en el espacio indicado. Se le proporcionará una copia si la solicita.

LOS PAGOS DEBEN REALIZARSE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, a menos que se hayan solicitado y aprobado previamente otros arreglos de pago. Usted deberá cumplir con los términos del acuerdo establecido.

Seguro: Participamos con la mayoría de los planes de seguro. Facturaremos a su compañía de seguros como una cortesía para usted. Aunque podamos estimar cuánto pagará su seguro, es la compañía de seguros quien hace la determinación final sobre su elegibilidad y cobertura.

Presentación de Reclamaciones (Claims): Presentaremos sus reclamaciones al seguro y le ayudaremos razonablemente en lo posible para que estas sean pagadas. Su compañía de seguros puede requerir que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con estas solicitudes. Tenga en cuenta que el saldo de su cuenta es su responsabilidad, independientemente de si su compañía de seguros paga o no la reclamación. Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

Referencias (Referrals): Si tiene un plan de seguro con el cual tenemos contrato, necesitará una autorización de referencia de su médico de atención primaria. Si no hemos recibido la referencia antes de su llegada a la oficina, podrá utilizar nuestro teléfono para llamar a su médico de atención primaria y obtenerla. Si no puede obtener la referencia en ese momento, su cita será reprogramada.

Copagos, Deducibles y Coaseguros: Todos los copagos, deducibles y coaseguros deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros.

Prueba de Seguro: Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver a nuestros proveedores. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir o identificación válida y de su seguro médico vigente como comprobante de cobertura. Si no nos proporciona la información correcta de su seguro a tiempo, usted puede ser responsable del saldo de la reclamación o su cita podría ser cancelada.

Cambios en la Cobertura: Si su seguro cambia, notifiquenos antes de su próxima visita para que podamos realizar los ajustes necesarios y ayudarle a recibir sus beneficios máximos. Si no nos proporciona la información correcta a tiempo, usted puede ser responsable del saldo de la reclamación o su cita podría ser cancelada.

Estados de Cuenta del Paciente: Si tiene un saldo pendiente, recibirá un estado de cuenta por correo cada dos semanas. El monto indicado en el estado de cuenta debe pagarse al momento de su emisión y se considerará vencido si no se paga al recibirlo. Los saldos con más de 90 días de antigüedad podrán ser enviados a una agencia de cobranza. Todos los pagos se aplicarán al saldo pendiente más antiguo.

FAVOR DE COLOCAR SUS INICIALES

- ☐ **Cargo por No Presentarse (No-Show Fee):** Debe cancelar o reprogramar su cita con al menos 24 horas de anticipación. A nuestra discreción, se podrá aplicar un cargo de \$75.
- ☐ **Cargo por Llegada Tarde o Reprogramación el Mismo Día:** A nuestra discreción, se podrá aplicar un cargo de \$75 si llega más de 10 minutos tarde a su cita o si la reprograma el mismo día. No se garantiza que pueda ser atendido si llega 10 minutos tarde o más a su cita.

Métodos de Pago: Aceptamos pagos en efectivo, Visa, MasterCard, American Express y Discover.

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha



Consentimiento General para Atención y Tratamiento

Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su condición y sobre el procedimiento médico o diagnóstico recomendado, para que pueda tomar la decisión de aceptar o no cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y posibles complicaciones involucradas. Este formulario de consentimiento es un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que:

1. Este consentimiento tiene carácter continuo, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y
2. Usted consiente recibir tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo la misma propiedad.

Este consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho, en cualquier momento, de interrumpir los servicios.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico, incluyendo el propósito, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le ordene. Si tiene alguna inquietud respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, por favor haga preguntas.

Solicito voluntariamente que un médico y/o proveedor de nivel medio (Enfermero Practicante, Asistente Médico o Especialista Clínico en Enfermería), así como otros proveedores de atención médica o sus designados según sea necesario, realicen los exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá leer y firmar formularios de consentimiento adicionales antes de realizar dichas pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores, y doy mi consentimiento de manera plena y voluntaria.

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha



Consentimiento para el Examen del Área Pélvica por el Proveedor

Un examen pélvico es una serie de procedimientos que incluyen la evaluación de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o los tejidos u órganos pélvicos externos, utilizando cualquier combinación de métodos, que pueden incluir, entre otros, la mano enguantada del proveedor de atención médica o instrumentos médicos.

Un examen pélvico puede incluir, entre otros, las siguientes actividades de atención médica:

- Examen rectal durante un examen pélvico
- Ultrasonido vaginal o anal
- Exámenes cervicales seriados o específicos

Los riesgos y complicaciones asociados con un examen pélvico incluyen, entre otros:

- Molestia o incomodidad
- Sangrado
- Infección

Los riesgos asociados con no realizar o rechazar un examen pélvico incluyen:

- La imposibilidad de obtener un diagnóstico y/o un retraso en el diagnóstico de una condición médica
- La imposibilidad de que su proveedor de atención médica tenga la información necesaria para tratarlo adecuadamente

Al firmar este consentimiento, yo, _____, autorizo y doy instrucciones a Inclusive Care Group y a mi proveedor tratante, según lo consideren necesario, junto con el personal de enfermería y médico, y cualquier estudiante o residente de Inclusive Care Group que pueda participar en mi atención, para realizar un examen pélvico como se describe anteriormente.

Certifico que he leído o me han leído el contenido de este formulario.

- ☐ Consiento que se me realice un examen pélvico mientras recibo atención en Inclusive Care Group.
- ☐ NO consiento que se me realice un examen pélvico mientras recibo atención en Inclusive Care Group.

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha



Reconocimiento de la Política de Sustancias Controladas y Medicamentos

Inclusive Care Group (ICG) prescribe medicamentos de acuerdo con las regulaciones federales, las leyes del estado de Florida y los estándares médicos basados en evidencia. Las sustancias controladas requieren una supervisión adicional para proteger la seguridad de los pacientes, del personal y de la comunidad.

Estándares para la Prescripción de Sustancias Controladas. Entiendo y reconozco que:

- Las sustancias controladas se prescriben únicamente cuando son médicamente apropiadas.
- Las recetas requieren una evaluación clínica integral.
- La verificación de identidad y la documentación clínica son obligatorias.
- Es necesario revisar el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Florida (E-FORCSE).
- Las renovaciones anticipadas, reemplazos por medicamentos perdidos o robados, y aumentos de dosis no están garantizados.
- Las solicitudes realizadas a través del personal de recepción, mensajería o sin una cita médica no serán atendidas.

Requisito de Evaluación Presencial en Florida para Sustancias Controladas. Inclusive Care Group cumple plenamente con la ley estatal de Florida y las regulaciones federales de prescripción. Entiendo que:

- La mayoría de las sustancias controladas no pueden prescribirse únicamente mediante telemedicina.
- Se requiere una evaluación médica presencial antes de iniciar, reiniciar o continuar recetas de sustancias controladas, a menos que exista una excepción legal específica.
- Las consultas por telemedicina pueden utilizarse únicamente para seguimiento, cuando la ley lo permita y a discreción del proveedor.
- Las solicitudes de sustancias controladas realizadas sin una visita presencial serán rechazadas.

Los intentos de presionar a los proveedores o al personal para que prescriban sustancias controladas fuera de los requisitos legales pueden resultar en la aplicación de la Política de Cero Tolerancia de Inclusive Care Group, lo que puede incluir la expulsión de la práctica médica.

Límites sobre Medicamentos. Entiendo que no puedo:

- Solicitar nuevos medicamentos sin una evaluación del proveedor.
- Solicitar renovaciones anticipadas sin justificación médica.
- Solicitar sustancias controladas por telemedicina, mensajería o a través del personal administrativo.
- Pedir al personal o a los proveedores que violen la política de la clínica o la ley de Florida.

Responsabilidades del Paciente. Acepto:

- Tomar los medicamentos únicamente según lo prescrito.
- Proteger los medicamentos contra pérdida, uso indebido o desvío.
- Comunicarme honestamente con mi proveedor.
- Seguir todas las políticas de seguridad y medicamentos de Inclusive Care Group.

Monitoreo del Uso de Sustancias y Pruebas de Detección. Inclusive Care Group prioriza la seguridad del paciente y la prescripción responsable. Entiendo y reconozco que:

- Nos reservamos el derecho de solicitar pruebas de detección de drogas o toxicología al prescribir o continuar prescribiendo sustancias controladas.
- Las pruebas pueden solicitarse cuando exista preocupación clínica por uso indebido, desvío, uso inseguro o falta de adherencia al tratamiento.
- Las pruebas pueden incluir análisis de orina, sangre u otros métodos de detección médicamente apropiados.
- La negativa a cumplir con la prueba solicitada puede resultar en la decisión de no prescribir medicamentos controlados.
- Los resultados de las pruebas se utilizan para la toma de decisiones clínicas y la seguridad del paciente, no como castigo.
- El incumplimiento de los requisitos de monitoreo de medicamentos puede resultar en la suspensión de la prescripción de sustancias controladas y/o la expulsión de la práctica.

Reconocimiento y Acuerdo. Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entiendo y acepto cumplir con la Política de Sustancias Controladas y Medicamentos de Inclusive Care Group. Entiendo que las violaciones de esta política pueden resultar en la suspensión de la prescripción de sustancias controladas y/o mi expulsión de la práctica médica.

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha



Política de Cero Tolerancia

En Inclusive Care Group, estamos dedicados a brindar un espacio seguro de sanación para todos nuestros pacientes. Para mantener un entorno terapéutico adecuado, aplicamos una estricta Política de Cero Tolerancia frente a cualquier forma de violencia, acoso o discriminación. Esta política se aplica a todos los pacientes, visitantes, personal y contratistas dentro de nuestras instalaciones. Todas las personas tienen derecho a recibir o brindar atención sin miedo.

Mantenemos una cultura de Cero Tolerancia, lo que significa que no solo reaccionamos ante los incidentes; también los prevenimos de forma proactiva mediante educación continua e intervención inmediata. Las siguientes conductas están estrictamente prohibidas y resultarán en acciones inmediatas, que pueden incluir la expulsión de la práctica y la terminación de la relación paciente-proveedor:

- **Abuso verbal:** Gritar, insultar o utilizar lenguaje ofensivo, despectivo o discriminatorio (incluyendo homofobia, transfobia, bifobia, racismo o xenofobia).
- **Acoso dirigido:** Usar deliberadamente el nombre anterior de una persona (“deadnaming”) o referirse a alguien con el género incorrecto con intención maliciosa, o hacer comentarios no deseados sobre el cuerpo de una persona, su expresión de género o su orientación sexual.
- **Agresión física:** Cualquier forma de contacto físico que sea amenazante, dañino o no consensuado.
- **Conducta sexual inapropiada:** Tocamientos inapropiados, comentarios sexuales o violaciones de límites entre pacientes o hacia el personal.
- **Intimidación:** Hacer amenazas de daño (físico o profesional) o usar el lenguaje corporal para bloquear, acorralar o intimidar a otras personas en las áreas de espera o en las salas de examen.

Estamos comprometidos con mantener un “espacio compartido seguro”. Si usted presencia que otro paciente está siendo acosado o se siente inseguro debido al comportamiento de otro visitante:

- **Repórtelo de inmediato:** Notifique a cualquier miembro del personal. No es necesario que intervenga personalmente.
- **Respuesta inmediata:** Nuestro personal está capacitado para desescalar situaciones y, si es necesario, escoltar a la persona que incumple las normas fuera del edificio para proteger la seguridad de otros pacientes.
- **Retiro inmediato:** Las personas que participen en conductas prohibidas serán retiradas de las instalaciones de inmediato.
- **Terminación de atención:** Las violaciones graves o repetidas pueden resultar en la expulsión formal de la práctica, de acuerdo con las directrices de la Junta Médica de Florida. Involucraremos a las autoridades locales si existe una amenaza de violencia física o actividad ilegal.

Creemos que la seguridad también es parte de la atención médica.

Al ingresar a esta clínica, usted acepta tratar a cada persona que encuentre con la dignidad y el respeto que merece.

Este Acuerdo puede ejecutarse electrónicamente, y dicha firma, ya sea bajo un nombre legal o preferido, será legalmente vinculante en la máxima medida permitida por la ley aplicable, incluida la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de Florida.

Nombre Completo

Firma

Fecha