



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE COVID-19

1. ¿Usted o alguien en su hogar ha tenido alguno de los siguientes síntomas NUEVO en los últimos 10 días? dolor de garganta, tos, escalofríos, dolores corporales por razones desconocidas, falta de aliento por razones desconocidas, pérdida del olfato, pérdida del gusto, fiebre a más de 100 grados Fahrenheit?

_____ SI o _____ NO

2. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido examinado para COVID-19 en los últimos 10 días?

_____ SI o _____ NO

¿Cuál fue el resultado de la prueba COVID-19?

_____ POSITIVO o _____ NEGATIVO _____ Todavía esperando resultados

3. ¿Usted o alguien de su hogar ha visitado o recibido tratamiento en un hospital, hogar de ancianos, atención a largo plazo u otro centro de atención médica en los últimos 15 días?

_____ SI o _____ NO

4. ¿Usted o alguien en su hogar ha atendido a una persona que está en cuarentena o es presuntamente positiva o ha dado positivo por COVID-19?

_____ SI o _____ NO

5. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado en contacto cercano (a menos de 6 pies durante más de 15 minutos) con alguna persona que dio positivo en la prueba de COVID-19?

_____ SI o _____ NO

6. ¿Ha recibido la vacuna Covid?? _____ SI or _____ NO

Si es así, ¿cuántas dosis ha recibido?

_____ 1 dosis o _____ 2 dosis

¡Gracias por su honestidad y la seguridad de nuestros médicos y personal!

IMPRIMIR Nombre del paciente: _____

Fecha de servicio: _____



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

Bienvenido a nuestra oficina

Por favor complete este formulario de forma legible. Por favor, solicite ayuda si es necesario.

Fecha: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Marque la casilla de verificación para el número de teléfono de contacto preferencial:

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Sexo (marcar): Hombre Mujer Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social# _____

Estado civil (marcar): Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Raza (marcar): Blanca Asiático Negra/Africana/Americana Hawaiana Islas del Pacifico
 Otro

Etnicidad (marcar): Hispano / Latino No Hispano / Latino Idioma hablado: _____

Nombre, número de teléfono y dirección de la farmacia: _____

Padre o Persona Responsable: _____ YO MISMO

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____ Seguro con el empleador (marcar): Si No

Nombre de su contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Médico Primario (PCP): _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección del médico Primerio: _____

Por favor, entregue su tarjeta de seguro y su tarjeta de identificación con foto a la recepcionista para que podamos hacer una copia. Gracias.

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente autorizo **Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM)**, DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., para examinar y tratarme como paciente. También autorizo tales tratamientos y procedimientos, según lo considere necesario el médico, incluyendo pero no limitado a, medicamentos, muestras de sangre, muestras de orina u otras terapias. Soy consciente de que la práctica medicinal no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados que pueden obtenerse mediante examen y tratamiento. Por la presente certifico que entiendo la autorización anterior.

Firma del paciente / Guardián

Fecha

Imprimir Nombre del paciente/ Guardián

Relación al Paciente



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027
www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

FILOSOFÍA DE LA OFICINA / POLÍTICAS FINANCIERAS / POLÍTICAS DE CITAS / POLÍTICAS DE REFERIDOS

FILOSOFÍA DE LA OFICINA

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para informarle que vamos a pasar tanto tiempo como sea necesario con usted para abordar plenamente sus problemas médicos. Esto nos permite explicar nuestras sugerencias y recomendaciones en profundidad y responder a cualquier pregunta que pueda tener durante su visita. Nuestro personal programa a los pacientes acordadamente y tratamos de ser lo más eficiente posible para agilizar su entrada y salida de esta oficina. Por favor, este consiente de que valoramos su tiempo. Sin embargo, dada la naturaleza impredecible de nuestro trabajo, no es raro tener un período de espera prolongado. En muchas ocasiones, nos demoramos por asuntos como los problemas médicos de los pacientes que requieren atención inmediata, llamadas a hospitales, llamadas médicas y / o emergencias. Estas cuestiones son imprevistas y deben abordarse adecuadamente. No dejamos esta oficina hasta que todos los pacientes sean atendidos y todos sus problemas médicos sean verificados.

Animamos sus comentarios y sugerencias. Gracias.

POLÍTICAS FINANCIERAS

Estaremos seguros de discutir nuestros honorarios antes del comienzo de su tratamiento. El pago de los honorarios por los servicios prestados se espera en el momento en que los servicios se prestan. Presentamos un seguro como cortesía a nuestros pacientes. Sin embargo, requerimos co-pagos a pagar en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover, and AMEX). **Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de \$ 35.**

Iniciales

Fecha

Reconozco y entiendo la Política

Iniciales

Fecha

POLÍTICAS DE CITAS

Dado que nuestra profesión se basa en un horario de citas, le pedimos que demuestre su consideración llamando con anticipación si no puede mantener una cita. Nos gustaría ofrecer ese puesto a otro paciente que necesita ver al médico. Este aviso es para informarle que si no le da a nuestra oficina un aviso de cancelación de 24 horas, habrá un cargo de **cancelación de \$ 25.00 por cada cita** perdida facturada a su cuenta que no pueda ser llenada por su seguro. El pago de esta cuota se pedirá en la siguiente cita.

Por favor tenga en cuenta que se requieren chequeos repetidos de su salud debido a la posibilidad de un resultado adverso. El no cumplir con las citas planteadas implica ciertos riesgos para nuestra capacidad de tratarlo adecuadamente y puede poner en peligro su salud.

Reconozco y entiendo la Política

Iniciales

Fecha

POLÍTICAS DE REFERIDOS

Desafortunadamente, nuestra oficina no puede monitorear activamente el estado de referido de cada paciente. **Los pacientes son responsables de obtener sus referidos de su médico Primario antes de cada visita.**

Tenga en cuenta que la mayoría de las oficinas requieren un aviso de 7 días antes de su cita. Si no tiene un referido para su visita, su cita será programada para otro día. Por favor, asegúrese de comunicarse con nuestra oficina antes de su cita para asegurarse de que se ha recibido su referido correctamente codificado y con la fecha correcta. La mayoría de los planes requerirán un nuevo referido para cada visita.

Reconozco y entiendo la Política

Iniciales

Fecha

Si su seguro no requiere un referido para la visita al consultorio, por favor coloque sus iniciales para verificar que está informado de la política en caso de que su seguro cambie. Gracias.



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027
www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE SEGUROS

Yo, el abajo firmante, tengo cobertura de seguro y asigno y apruebo directamente a **Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM)**, DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A, todos los beneficios médicos, pagaderos por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al médico a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros. Soy responsable de cualquier honorario legal que Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM), DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., incurra para la recaudación completa de los pagos.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Nombre del paciente / Guardián impreso

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

(Solo firme si usted tiene Medicare o cualquier otro seguro a través del Medicare)

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se hagan a mi nombre para **Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM)**, DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., por cualquier servicio que me haya proporcionado ese médico. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí o *Administración de financiamiento de atención médica* y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autorice la entrega de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica "otro seguro de salud" en el punto 9 del CMS 1500 formulario o en cualquier otro lugar en otros formularios de reclamación aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la entrega de la información al asegurador o agencia mostrada. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor aceptara la determinación de cargo del proveedor de Medicare como el cargo completo y el paciente es responsable únicamente por el deducible, el coaseguro y los servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo del proveedor de Medicare.

Si actualmente no tiene un seguro de Medicare o un plan de Medicare, por favor, inicie para verificar que se le informa de la política en caso de que su seguro cambie. Gracias.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Nombre del paciente / Guardián impreso



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027
www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

H.I.P.A.A. Entrega de información médica protegida del paciente

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

Si desea que renunciemos a sus derechos protegidos y le proporcionemos mensajes, información o resultados a su cónyuge, a otro significativo o a un miembro de su familia, por favor indique a continuación. No podremos ayudar a ninguna persona (s) que no figure en este formulario.

****Una identificación válida con foto será requerida cuando recoja cualquier artículo en la oficina.**

Asegúrese de actualizar esta información según sea necesario, para cambios en las preferencias.

Mi información médica protegida puede ser compartida con las siguientes personas:

Nombre:

Relación:

Podemos discutir:	Somos autorizados para entregar:
Información de Cita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registros médicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Datos de facturación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos recetados / de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Órdenes prescritas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre:

Relación:

Podemos discutir:	Somos autorizados para entregar:
Información de Cita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registros médicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Datos de facturación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos recetados / de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Órdenes prescritas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre:

Relación:

Podemos discutir:	Somos autorizados para entregar:
Información de Cita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registros médicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Datos de facturación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos recetados / de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Órdenes prescritas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre:

Relación:

Podemos discutir:	Somos autorizados para entregar:
Información de Cita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registros médicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Datos de facturación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos recetados / de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Órdenes prescritas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre:

Relación:

Podemos discutir:	Somos autorizados para entregar:
Información de Cita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registros médicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Datos de facturación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos recetados / de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Órdenes prescritas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre:

Relación:

Podemos discutir:	Somos autorizados para entregar:
Información de Cita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registros médicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Datos de facturación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos recetados / de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Órdenes prescritas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Compruebo que doy mi consentimiento a las siguientes personas para tener acceso a mi salud protegida en función de mis preferencias seleccionadas. Soy consciente de que si una persona no aparece en este formulario, entonces no se proporcionará información.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027
www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (H.I.P.A.A.)

Consentimiento del Paciente al Uso y Entrega de Información de Salud para el Tratamiento, Pago o Operaciones de Atención Médica

Yo, _____, entiendo que como parte del, **Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM)**, DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., Origina y mantiene registros en papel y / o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi cuidado y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron realmente proporcionados y
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión competente de los profesionales de la salud

Entiendo y recibiré un *aviso de prácticas de información*, (por favor pida copia en la recepción) que proporciona una descripción más completa de los usos y entrega de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud puede ser usada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica

Entiendo que Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM), DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto la organización ya haya tomado medidas en dependencia de la misma. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como lo permita la Sección 164.506 Del Código de Regulaciones Federales.

Yo entiendo que Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM), DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., Se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de su implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Reglamentos Federales. Debería Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM), DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., cambiar su notificación, enviarán una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado.

Explique aquí cualquier deseo de tener las siguientes restricciones al uso o entrega de su información de salud (Por ejemplo, no compartir información con el proveedor referente o el médico de familia):

Yo entiendo completamente y acepto / rechazo los términos de este consentimiento.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente / Guardián

Si el Guardián, el Nombre del Guardián (por favor imprima)

Relación con el paciente



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

NOMBRE DE PACIENTE: _____

Resumen de salud del paciente

Para tratarlo correctamente, es importante responder completamente a cada una de las preguntas que se enumeran a continuación. Si una pregunta no se aplica, responda con N/A (no aplicable).

Alergias

No hay alergias conocidas

Por favor liste cualquier alergia que tenga. Esto incluye medicamentos, alimentos y artículos ambientales.

Por favor, también explique la reacción a estas alergias.

ALERGIAS	REACCIÓN

MEDICAMENTOS CORRIENTES / VITAMINAS / SUPLEMENTOS

Actualmente no está tomando nada

Nombre del medicamento	Dosificación	¿Con qué frecuencia toma?

HISTORIA MÉDICA PASADA

HISTORIA CIRÚRGICA

¿Cuándo?	¿Por qué? ¿Cuál fue el problema? ¿Parte del cuerpo?	¿En qué hospital o clínica se realizó la cirugía?

HISTORIA FAMILIAR

Por favor, anote todos los antecedentes relevantes, incluyendo abuelos, padres, hermanos e hijos.

Abuelos maternos	Abuelos paternos	Madre	Padre	Hermanos	Hijos



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

NOMBRE DE PACIENTE: _____

Resumen de salud del paciente

Para tratarlo correctamente, es importante responder completamente a cada una de las preguntas que se enumeran a continuación. Si una pregunta no se aplica, responda con N/A (no aplicable).

HISTORIA SOCIAL

Status marital: Soltero Casado Separado Divorciado Viuda

¿Tienes hijos? Si es así, ¿cuántos? _____

¿Hace ejercicio actualmente? Si es así, ¿cuántas veces por semana? _____

¿Actualmente bebe café, bebidas energéticas, bebidas con cafeína?
Si es así, ¿cuántas / cuántas veces? _____

HISTORIA DEL TABACO

No fumador

Estado de Fumar (marcar)	¿Cuántas veces al día? ¿Cuán a menudo por semana?	Cigarrillos / Tabacco/ Vaporizador / Recreativo
<input type="checkbox"/> Actual fumador		
<input type="checkbox"/> Fumador pasado		
<input type="checkbox"/> Fumador social		

Si es un fumador pasado, ¿en qué año o cuánto tiempo ha pasado desde que dejó de fumar? _____

¿Hay alguna droga recreativa adicional que esté usando actualmente? Si es así, nombre de droga y con qué frecuencia? _____

HISTORIA DEL ALCOHOL

No bebedor

Consumación del alcohol (marcar)	¿Cuántas veces al día? ¿Cuán a menudo por semana?	Vino / Cerveza / Licor
<input type="checkbox"/> Bebedor actual		
<input type="checkbox"/> Bebedor anterior		
<input type="checkbox"/> Bebedor social		

Si tiene historia de consumir alcohol en el pasado, ¿en qué año o cuánto tiempo ha pasado desde que dejó de tomar? _____

INFORMACIÓN SOBRE LA FARMACIA

Proporcione su información de su farmacia para que podamos prescribir electrónicamente sus recetas a la farmacia.

Nombre de Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

PORTAL DEL PACIENTE

Por favor, envíenos su dirección de correo electrónico para que podamos concederle acceso a su información de salud a través de nuestro Portal de Pacientes. El acceso a nuestro portal de Paciente le proporciona acceso a sus registros, servicios de mensajería directa, cancelación / confirmación de citas y envío de solicitudes de relleno.

Dirección de correo electrónico _____ @ _____



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027
www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

Resumen del seguro del paciente
Complete todos los campos para facturar correctamente su seguro

Utilice la tarjeta del seguro para completar el formulario, responda todas las preguntas.

Nombre del paciente en la tarjeta del seguro:

Cualquier otro nombre del paciente (p. Ej., Nombre legal / apellido de soltera / apellido de casada):

Fecha de nacimiento del paciente:

Nombre del seguro:

Nombre del plan (si lo desconoce, déjelo en blanco):

Tipo de plan: HMO POS PPO Medicare Advantage Medicaid

Número de identificación de miembro del paciente o número de póliza:

Identificación del grupo#

Titular de la tarjeta principal: YO ESPOSO(A) NIÑO(A)

Si no es el titular principal de la tarjeta, responda:

Nombre del titular de la tarjeta primaria:

Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta primaria:

Dirección del titular de la tarjeta principal:

La dirección es la misma que el paciente

Please give insurance card to Check-in desk to make copy of card.



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

Consentimiento informado para los servicios y políticas de telesalud

Este formulario describe las políticas de pago y tratamiento de telesalud de IRIM e incluye:

- **Su consentimiento para recibir tratamiento médico de IRIM (y sus otros derechos y responsabilidades).**
- **Su acuerdo para recibir servicios usando tecnología de telesalud; y**
- **Su acuerdo de pagar la totalidad de los cargos que sean de su responsabilidad.**

Al firmar con mi nombre "Acepto los Términos de uso" para las prácticas de telesalud de IRIM.

Entiendo y acepto que estoy firmando este Consentimiento y que (i) he revisado, entiendo y acepto los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud como se describe a continuación y deseo recibir dichos servicios, y (ii) acepto los términos restantes de este Consentimiento, incluidos los términos del Aviso de privacidad de IRIM que se describen a continuación.

Si firmo en nombre de un paciente menor, incapacitado o legalmente dependiente, certifico que soy una persona con autoridad legal para actuar en nombre del paciente, incluida la autoridad para dar mi consentimiento a los servicios médicos, y acepto la responsabilidad financiera de servicios prestados.

1. Al participar en la telesalud de IRIM, acepto recibir servicios de telesalud. La telesalud implica la prestación de servicios de atención médica, incluida la evaluación, el tratamiento, el diagnóstico y la educación, mediante comunicaciones interactivas de audio, video y datos. Durante mi visita, mi proveedor de IRIM y yo podremos vernos y hablarnos desde ubicaciones remotas.
2. Entiendo y acepto que:
 - No estaré en el mismo lugar o habitación que mi proveedor médico.
 - Mi proveedor de IRIM tiene licencia en el estado en el que estoy recibiendo servicios.



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

- Los beneficios potenciales de la telesalud (que no están garantizados ni asegurados) incluyen: (i) acceso a atención médica si no puedo viajar al consultorio de mi proveedor de IRIM; (ii) evaluación y gestión médicas más eficientes; y (iii) durante la pandemia de COVID-19, se redujo la exposición de los pacientes, el personal médico y otras personas en un lugar físico.
- Los riesgos potenciales de la telesalud incluyen: (i) disponibilidad limitada o nula de laboratorio de diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas y otras pruebas, y algunas recetas, para ayudar a mi proveedor médico en el diagnóstico y tratamiento; (ii)
- la incapacidad de mi proveedor para realizar un examen físico práctico de mí y de mi condición; y (iii) retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a dificultades técnicas o interrupciones, distorsión de imágenes de diagnóstico o muestras como resultado de problemas de transmisión electrónica, acceso no autorizado a mi información o pérdida de información debido a fallas técnicas.
- No haré responsable a IRIM por la pérdida de información debido a fallas tecnológicas.
- Además, entiendo que los consejos, recomendaciones o decisiones de mi Proveedor de IRIM pueden basarse en factores que no están bajo su control, incluidos los datos incompletos o inexactos proporcionados por mí.
- Entiendo que mi proveedor de IRIM se basa en la información proporcionada por mí antes y durante nuestro encuentro de telesalud y que debo proporcionar información sobre mi historial médico, afecciones y atención médica actual o anterior que sea completa y precisa según mi criterio. capacidad.
- Puedo discutir estos riesgos y beneficios con mi proveedor de IRIM y tendré la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios de telesalud. Tengo derecho a retirar este consentimiento para los servicios de telesalud o finalizar la sesión de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir tratamiento presente o futuro por parte de IRIM.
- Entiendo que el nivel de atención brindado por mi proveedor de IRIM debe ser el mismo nivel de atención que está disponible para mí a través de una visita médica en persona.



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

- Sin embargo, si mi proveedor cree que los servicios en persona u otra forma de atención me servirían mejor, me remitirán al centro médico IRIM más cercano, al departamento de emergencias del hospital oa otro proveedor de atención médica apropiado.
 - Tengo derecho a recibir servicios médicos en persona en cualquier momento viajando al consultorio médico de IRIM.
 - En caso de una emergencia, marcaré el 911 o iré directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.
3. Doy mi consentimiento, entiendo y acepto que:
- Tengo derecho a discutir los riesgos y beneficios de todos los procedimientos y cursos de tratamiento propuestos por mi (s) proveedor (es) de atención médica, junto con las alternativas disponibles.
 - IRIM brindará atención de acuerdo con los estándares prevalecientes de la práctica médica, pero no asegura ni garantiza los resultados del tratamiento.
 - Antes de recetarme cualquier sustancia controlada, IRIM puede revisar la información del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados en mi estado de residencia con respecto a mi recepción previa de sustancias controladas.
 - Tengo derecho a revisar y recibir copias de mis registros médicos, incluida toda la información obtenida durante una interacción de telesalud, sujeto a las políticas estándar de IRIM con respecto a la solicitud y recepción de registros médicos y la ley aplicable.
 - Hay un cargo de registro médico de \$ 1.00 por página hasta 25 páginas, cada página adicional será de \$ 0.25 a partir de entonces.
 - Las leyes del estado en el que estoy ubicado se aplicarán a mi recepción de servicios de telesalud.

Aviso de prácticas de privacidad de IRIM ("Aviso de privacidad")



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

IRIM protegerá la privacidad de mi información médica y no la usará ni divulgará excepto según lo permita la ley. Las políticas de privacidad de IRIM se describen con más detalle en el Aviso de privacidad, que está disponible para su revisión y descarga aquí: <http://goirim.com/appointment-information-forms/>. Al firmar este Consentimiento, reconozco haber recibido el Aviso de Privacidad y doy mi consentimiento para que IRIM use y divulgue mi información médica de acuerdo con sus términos. Entiendo que todas las protecciones de confidencialidad existentes que se aplican al tratamiento en persona se aplican a los servicios de telesalud.

Política de pago

Reconozco, entiendo y acepto que:

1. Es mi responsabilidad determinar si los servicios de IRIM están cubiertos por mi aseguradora. Pagaré el costo de cualquier servicio que no esté cubierto por mi plan de salud por cualquier motivo o que esté cubierto pero se aplique a un deducible.
2. Pagaré en el momento del servicio todos los copagos, coseguros y deducibles necesarios, así como los cargos por servicios no cubiertos por el seguro, saldos pendientes y cuentas morosas.
3. Cedo a IRIM todos los beneficios de atención médica a los que tengo derecho según cualquier póliza de seguro o plan de beneficios y autorizo el pago de los beneficios directamente a IRIM.
4. Si tengo beneficios de atención médica, IRIM presentará un reclamo a mi aseguradora y esperará 60 días para recibir una respuesta. Si mi aseguradora no responde dentro de los 60 días, IRIM asumirá que la visita no está cubierta y, en la medida que lo permita la ley, me facturará los cargos de la visita.
5. Al proporcionar la información de mi tarjeta de crédito y recibir servicios de telesalud, (i) autorizo a IRIM a cargar en mi tarjeta de crédito todos los montos impagos que IRIM o mi aseguradora determinen que son mi responsabilidad, y (ii) acepto pagar todos los montos cobrados de conformidad con este consentimiento y autorización de conformidad con el acuerdo del titular de la tarjeta bancaria emisora. Acepto que IRIM puede cobrar a mi tarjeta de crédito por dichos montos al final de mi visita de telesalud o más tarde.



INSTITUTE FOR RHEUMATOLOGY & INTEGRATIVE MEDICINE

160 S FLAMINGO ROAD, PEMBROKE PINES FL 33027

www.GoIRIM.com PHONE 954.620.0011 FAX 954.620.0238

6. Se me facturarán todos los saldos impagos que IRIM o mi aseguradora consideren que son mi responsabilidad y acepto pagar dichos montos en su totalidad. IRIM cobrará una tarifa de \$ 35 por cheques devueltos. Las cuentas morosas pueden ser entregadas a una agencia de cobranza, momento en el cual yo soy responsable de todos los cargos de cobranza y todos los honorarios legales asociados, además de la cantidad adeuda.
7. IRIM se reserva el derecho de negar servicios que no sean de emergencia si mi cuenta está en mora.

Entiendo que puedo acceder e imprimir una copia de este Consentimiento aquí: <http://goirim.com/appointment-information-forms/>

Estoy aprobando el consentimiento para telesalud

Nombre del paciente : _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Para denegar los servicios de telesalud, comuníquese directamente con nuestra oficina y notaremos que ha denegado los servicios.