



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

Registro del Paciente

Información Demográfica Requerida del Paciente:

Nombre: _____ Segundo Nombre (Inicial): ____ Apellido: _____

NSS (SSN): --__ Fecha de Nacimiento: --____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma Principal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: -- Celular: - ____ - __ Trabajo: --____

Correo Electrónico: _____ Teléfono Alternativo: --____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: --____

Relación del Paciente con el Contacto de Emergencia: _____

Farmacia Principal: _____ Teléfono: _____

Farmacia Secundaria: _____ Teléfono: _____

Información Laboral del Paciente:

☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Jubilado ☐ Otro

Nombre del Empleador: _____ Cargo: _____

Dirección del Empleador: _____

Información del Seguro del Paciente:

Compañía de Seguro Primario: _____ N° de ID: _____

Nombre del Garante: _____ Fecha de Nacimiento del Garante: _____

Compañía de Seguro Secundario: _____ N° de ID: _____

Nombre del Garante: _____ Fecha de Nacimiento del Garante: _____

Proveedor de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Cardiólogo Anterior: _____ Teléfono: _____

Declaro que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender.

1720 SE 16th Ave, Bldng 300, Ste3, Ocala, FL 34471

Office: 352-606-6390

Fax: 352-306-1333



Julie J. Ramos MD, PA.
Cardiovascular & Vein Center

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con mi consentimiento, Julie J. Ramos, MD, PA puede usar y divulgar mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Por favor, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Julie J. Ramos, MD, PA para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.

Julie J. Ramos, MD, PA se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener una versión revisada del Aviso de Prácticas de Privacidad enviando una solicitud por escrito a:

Oficial de Privacidad
Julie J. Ramos, MD, PA
1720 SE 16th Ave, Edificio 300, Suite 303
Ocala, FL 34471

Con mi consentimiento, Julie J. Ramos, MD, PA puede enviar por correo a mi domicilio u otro lugar designado cualquier documento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas y estados de cuenta, siempre que estén marcados como “Personal y Confidencial”.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Julie J. Ramos, MD, PA use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya realizado divulgaciones basadas en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Julie J. Ramos, MD, PA puede negarse a brindarme tratamiento.

Firma (paciente o tutor legal si el paciente es menor de 18 años) Fecha de firma

Nombre del paciente (o nombre del tutor legal)



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Como su médico, estoy comprometido(a) a brindarle la mejor atención médica posible. Para lograr este objetivo, necesito su colaboración y su comprensión de mi política de pagos.

EL PAGO POR LOS SERVICIOS SE DEBE REALIZAR EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTAN. Mi consultorio acepta efectivo, cheques personales, Visa y Mastercard. Los cheques devueltos por menos de \$50.00 estarán sujetos a un cargo por servicio (según el estatuto de Florida 832.80) de \$25.00. El cargo por servicio para cheques devueltos entre \$50.00 y \$300.00 es de \$30.00. Para cheques mayores de \$300.00, el cargo por devolución es de \$40.00. Además, perderá el privilegio de emitir cheques en mi consultorio.

LAS CITAS PERDIDAS O CANCELADAS TIENEN UN CARGO DE \$50.00.
LAS PRUEBAS DE ESFUERZO PERDIDAS O CANCELADAS TIENEN UN CARGO DE \$250.00 (incluyendo cancelaciones por no seguir las instrucciones de la prueba de esfuerzo, como evitar la cafeína, etc.). Debe llamar a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación para reprogramar una cita y evitar cargos por servicio. Los pacientes que no se presenten a sus citas serán dados de alta del consultorio después de 3 ausencias.

TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO: _____
FECHA DE VENCIMIENTO: _____ **CVV:** _____
CÓDIGO POSTAL DE FACTURACIÓN: _____

COBERTURA DE BLUE CROSS & BLUE SHIELD (PPC): Los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio.

MEDICARE: Los deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Si ya ha pagado su deducible (por favor traiga su EOB que demuestre que lo ha cumplido), y si Medicare es su única cobertura, se le cobrará el 20% de los cargos permitidos por Medicare. Dado que soy proveedor de Medicare, presentaré su reclamación a Medicare. Si tiene un seguro secundario del cual soy proveedor, presentaré la reclamación a ese seguro y luego le facturaré cualquier saldo restante de los cargos permitidos. Si tiene seguro secundario, por favor consulte con su departamento de facturación para verificar si presento reclamaciones a esa compañía. Si no conozco el cargo permitido para un servicio específico, le facturaré después de que Medicare realice el pago.

ACUERDO FINANCIERO

Mi consultorio y yo estaremos encantados de discutir su tratamiento propuesto y hacer todo lo posible por responder cualquier pregunta relacionada con su seguro. Sin embargo, debe entender que:

(1) Su seguro es un contrato entre usted y su empleador (si corresponde) y la compañía de seguros. Mi consultorio y yo no formamos parte de ese contrato.



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

(2) No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán (como los exámenes físicos anuales).

Debo enfatizar que, como su proveedor de atención médica, mi relación y preocupación es con usted y su salud, no con su compañía de seguros.

TODOS LOS CARGOS SON SU RESPONSABILIDAD DESDE LA FECHA EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS. Si no se ha recibido el pago de su compañía de seguros después de 90 días, usted puede ser responsable de pagar el monto adeudado. Entiendo que pueden surgir emergencias que afecten el pago oportuno de su cuenta. En tales casos, comuníquese con nosotros de inmediato para recibir asistencia en la gestión de su cuenta.

Si es necesario cobrar cualquier saldo mediante un abogado, usted, como paciente, acepta pagar todos los costos razonables de cobro, incluidos los honorarios de abogados, se presente o no una demanda.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior o alguna duda respecto a la cobertura de su seguro, no dude en consultarnos. Estamos aquí para ayudarle.

He leído y comprendido la política financiera del paciente anterior. Entiendo que mi tarjeta de crédito/débito se mantendrá en archivo para uso de este consultorio.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

REPRESENTANTE AUTORIZADO

PROPÓSITO: Este formulario se utiliza para confirmar el permiso del paciente para que Julie J. Ramos, MD, PA pueda discutir o divulgar su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a una persona específica que actúa como su representante autorizado. El uso de la información del paciente se limita estrictamente al propósito descrito anteriormente.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Al firmar este formulario en la Sección A a continuación, entiendo que Julie J. Ramos, MD, PA puede divulgar mi información médica personal según lo descrito en la Sección B a mi(s) representante(s) autorizado(s) nombrado(s) en la Sección C.

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nota: Esta autorización no otorga a su representante autorizado ninguna autoridad, ni implícita ni directa, sobre decisiones de tratamiento o atención médica. Si desea designar un representante de atención médica, apoderado o representante clínico, o si desea establecer un testamento vital, por favor consulte con su médico de atención primaria y/o abogado. Asimismo, garantizamos que no condicionaremos su tratamiento a la firma de este formulario.

SECCIÓN B: TIPO DE INFORMACIÓN

Información médica personal (PHI), incluyendo, entre otros, información de facturación, diagnósticos, procedimientos e información demográfica (sin incluir notas de psicoterapia).

SECCIÓN C: USO Y/O DIVULGACIÓN AUTORIZADOS

Uso o divulgación prevista: Entiendo que la política general es no divulgar mi PHI a otras partes que no estén directamente involucradas en mi atención, sin mi autorización por escrito, excepto cuando lo permita o exija la ley. Por esta razón, autorizo a que se discuta y



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

divulgue mi PHI a la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación en esta sección (Sección C) con el propósito de ayudar o facilitar la coordinación o el pago de mi atención médica. También entiendo que, si mi representante autorizado no es un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a leyes federales o estatales de privacidad, dicho representante podría divulgar nuevamente mi PHI sin mi autorización. Reconozco que esta autorización es voluntaria.

Nombre del Representante Autorizado:

Dirección:

Teléfono: _____

Relación: _____

Nombre del Representante Autorizado:

Dirección:

Teléfono: _____

Relación: _____



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

CUSE DE RECIBO DEL AVISO

PROPÓSITO: ESTE FORMULARIO SE UTILIZA PARA CONFIRMAR QUE UNA PERSONA HA RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE JULIE J. RAMOS, MD, PA.

Yo, _____, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Julie J. Ramos, MD, PA. He tenido la oportunidad completa de leer y considerar el contenido de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

NSS del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Si esta autorización es firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal _____

Relación con el paciente _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Dirección del paciente _____

Teléfono del paciente _____



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Julie J. Ramos, MD PA

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Nuestro Compromiso con su Privacidad

En Julie J. Ramos, MD, PA, entendemos que su información de salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica y a cumplir con todas las leyes de privacidad aplicables, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Cómo Podemos Usar y Divulgar su Información de Salud

Podemos usar y compartir su información médica de las siguientes maneras:

1. Tratamiento

Podemos usar su información de salud para proporcionar, coordinar o administrar su atención cardíaca. Esto incluye compartir información con otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado (por ejemplo, médicos de atención primaria, especialistas, hospitales).

2. Pago

Podemos usar y divulgar su información para facturar y recibir pagos de planes de salud, compañías de seguros u otros terceros.

3. Operaciones de Atención Médica

Podemos usar su información para administrar nuestra práctica, mejorar la calidad de la atención, capacitar al personal y realizar actividades administrativas.

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos

También podemos divulgar su información:

- Según lo requiera la ley (por ejemplo, informes de salud pública)
- Para actividades de supervisión de la salud (por ejemplo, auditorías, inspecciones)
- Para fines de cumplimiento de la ley
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad

1720 SE 16th Ave, Bldng 300, Ste3, Ocala, FL 34471

Office: 352-606-6390

Fax: 352-306-1333



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

- Para reclamaciones de compensación laboral
- En respuesta a órdenes judiciales o procesos legales

Usos y Divulgaciones que Requieren su Autorización

Obtendremos su permiso por escrito antes de:

- Compartir notas clínicas (si corresponde)
- Usar su información con fines de marketing
- Vender su información de salud

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito.

Sus Derechos con Respecto a su Información de Salud

Usted tiene derecho a:

- Acceder a sus registros médicos
- Solicitar correcciones a sus registros
- Solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Recibir una lista de las divulgaciones que hemos realizado
- Obtener una copia impresa de este aviso

Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados a:

- Mantener la privacidad y seguridad de su información de salud
- Proporcionarle este aviso
- Cumplir con los términos de este aviso
- Notificarle si ocurre una violación de la seguridad de su información de salud no protegida

Cambios a Este Aviso

Nos reservamos el derecho de actualizar este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a toda la información que tengamos sobre usted. Las versiones actualizadas estarán disponibles en nuestra oficina y a solicitud.



Julie J. Ramos MD. PA.
Cardiovascular & Vein Center

Información de Contacto

Si tiene preguntas sobre este aviso o cree que sus derechos de privacidad han sido violados, comuníquese con:

Oficial de Privacidad

Curtis Campbell
1720 SE 16th Ave
Edificio 300, Suite 303
Ocala, FL 34471
352-306-6390
curtis@drjramos.com

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Presentar una queja no afectará su atención.