



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre:			Apellido:			Inicial del segundo nombre:		
Dirección:								
Ciudad:			Estado:			Código Postal:		
Número Teléfono Principal:			Número Celular:			Edad:		
Correo Electrónico:								
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Raza:			<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / Otro Isleno Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Africano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Otro					
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No-Hispánico <input type="checkbox"/> Otros Language Nativo:								
INFORMACIÓN DEL MÉDICO								
Nombre del Médico:								
Dirección:								
Ciudad:			Estado:			Código Postal:		
Número Principal:			Número de Fax:			Fecha Último Exámen:		
EN CASO DE EMERGENCIA								
Nombre del Pariente:			Relación con el paciente:			Teléfono:		
Correo Electrónico:								
Firma del Paciente/Representante Legal: _____						Fecha: _____		
La información anterior es como corresponde a mi mejor conocimiento. Autorizo a K2 Medical Research a recopilar, revisar y almacenar mi información para futuras referencias. También autorizo a ser contactado por un proveedor externo durante mi participación en K2 Medical Research para obtener más información acerca de recursos en mi área.								
Iniciales Front Desk: _____			Revisado por (iniciales del personal y fecha): _____					



HISTORIAL MÉDICO Y QUIRÚRGICO			<input type="checkbox"/> NINGUNO
Historial / Condición / Procedimiento UTILIZAR TERMINOLOGÍA MÉDICA PRECISA DIAGNÓSTICO, SI ES POSIBLE	Fecha de Inicio DD / MMM / YYYY	Día de Resolución DD / MMM / YYYY	Actual?
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
¿Alguna vez ha participado en un estudio clínico? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si es sí, cuándo fue la fecha de su última dosis? ____/____/____ Si es sí, cuándo fue su última visita? ____/____/____	¿Está actualmente inscrito en un estudio clínico? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

Comentarios adicionales -O- N/A:

Revisado por (iniciales y fecha) _____



MEDICAMENTOS ACTUALES				<input type="checkbox"/> NINGUNO
Medicación	Dosificación	Inicio DD / MMM / YYYY	Día de Resolución DD / MMM / YYYY	Motivo de uso
Lista de alergias				<input type="checkbox"/> NINGUNO

Comentarios Adicionales -O- N/A: _____

Revisado Por (iniciales y fecha del personal) _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Este formulario cumple con los estándares de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPPA).

Nombre impreso del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA POR:	INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A:
_____ Médico/Centro	K2 Medical Research 101 Southhall Lane, Suite 150 Maitland, FL 32751
_____ Dirección	407-500-5252 Teléfono
_____ Teléfono	407-487-4598 Fax
_____ Fax	

Yo, _____ autorizo a divulgar cualquier información médica contenida en mis archivos incluyendo pero no limitando a mis resúmenes de alta, notas de progreso, historial médico, lista de medicamentos con días de comienzo, exámenes físicos y laboratorios o cualquier otra prueba diagnóstica. También otorgo autorización a K2 Medical Research a divulgar información médica al médico/Centro antes mencionado. El propósito específico de la divulgación de esta información es la evaluación de ensayos clínicos.

Entiendo que la información en mis archivos medicos puede incluir información relacionada a la adquisición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual. También puede incluir información relacionada a la salud mental o de comportamiento y/o servicios o tratamientos de abuso de sustancias, a menos que se indique a continuación.

Por favor, seleccione todas las que apliquen:

- Últimas dos notas médicas
- Resultados de imágenes
- EKG
- Evaluaciones psiquiátricas/psicológicas
- Resultados de laboratorios
- Otro: _____
- Resultados patológicos

No autorizo la siguiente información a ser incluida: _____

(dejar en blanco si autoriza)

Entiendo que tengo el derecho para revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto cuando la información ha sido divulgada en conformidad con mi autorización original. Esta autorización permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de autorización. Entiendo que la revocación se debe solicitar por escrito y se debe enviar a la parte divulgadora correspondiente.

Entiendo que la revocación no comprende los usos y las divulgaciones de la información hecha anteriormente en conformidad con mi autorización original.

Entiendo que la información incluida puede incluir reportes/archivos de otro proveedor de salud envuelto en mi tratamiento y cuidado.

Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi autorización sea divulgada nuevamente por el destinatario y no esté protegida por los estándares de privacidad de la ley HIPPA.

Firma del paciente Fecha de autorización

Nombre impreso del paciente

Firma del testigo Fecha

Nombre impreso del testigo

Firma y fecha del representante legal, si aplica

Nombre impreso del representante legal, si aplica

Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente

► Visite www.irs.gov/FormW9SP para obtener las instrucciones y la información más reciente.

Entregue el formulario al solicitante. No lo envíe al IRS.

Escriba en letra de molde o a máquina. Vea Instrucciones Específicas en la página 3.

1 Nombre (tal como aparece en su declaración de impuestos sobre el ingreso). Se le requiere anotar un nombre en esta línea; no deje esta línea en blanco.	
2 Nombre del negocio/Nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño, si es diferente al de arriba.	
3 Marque el encasillado correspondiente para la clasificación tributaria federal de la persona cuyo nombre se indica en la línea 1. Marque solo uno de los siguientes 7 encasillados: <input type="checkbox"/> Individuo/empresario por cuenta propia o LLC de un solo miembro <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo C <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo S <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Fideicomiso/caudal hereditario <input type="checkbox"/> Cía. de responsabilidad limitada (LLC). Anote la clasificación tributaria (C=Soc. anónima tipo C, S=Soc. anónima tipo S, P=Soc. colectiva) ► _____ Nota: Marque el encasillado correspondiente en la línea anterior de la clasificación tributaria de la LLC de un solo miembro. No marque LLC si la LLC está clasificada como una de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño, a menos que el dueño sea otra LLC que no es considerada separada de su dueño para propósitos tributarios federales estadounidenses. De lo contrario, vea las instrucciones en la página 3. <input type="checkbox"/> Otro (vea las instrucciones) ► _____	4 Exenciones (los códigos aplican solo a ciertas entidades, no a individuos; vea las instrucciones en la página 4): Código de beneficiario exento (si alguno) _____ Código para la exención de la declaración conforme a FATCA (si alguno) _____ (aplica a las cuentas mantenidas fuera de los EE.UU.)
5 Dirección (número, calle y número de apartamento o de suite). Vea las instrucciones.	Nombre y dirección del solicitante (opcional)
6 Ciudad, estado y código postal (ZIP)	
7 Anote el (los) número(s) de cuenta(s) aquí (opcional)	

Parte I Número de identificación del contribuyente (TIN)

Anote su número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) en el encasillado correspondiente. El TIN tiene que concordar con el nombre provisto en la línea 1 para evitar la retención adicional del impuesto. Para los individuos, este es, por lo general, su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Sin embargo, para un extranjero residente, empresario por cuenta propia o entidad no considerada como separada de su dueño, vea las instrucciones para la Parte I, más adelante. Para otras entidades, es su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés). Si no tiene un número, vea **Cómo obtener un TIN**, más adelante.
Nota: Si la cuenta está a nombre de más de una persona, vea las instrucciones para la línea 1. Vea también **Nombre y número que se le debe dar al solicitante** para recibir asesoramiento sobre cuál número debe anotar.

Número de Seguro Social																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					-	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					-	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>										
o																						
Número de identificación del empleador																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					-	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					-	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					-	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				

Parte II Certificación

Bajo pena de perjurio, yo declaro que:

1. El número que aparece en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que me asignen un número) y
2. No estoy sujeto a la retención adicional de impuestos porque: (a) estoy exento de la retención adicional o (b) no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que estoy sujeto a la retención adicional de impuestos como resultado de no declarar todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional y
3. Soy ciudadano de los EE.UU. u otra persona de los EE.UU. (definido después) y
4. El (Los) código(s) de la *Foreign Account Tax Compliance Act* (Ley de Cumplimiento Tributario para Cuentas Extranjeras o FATCA, por sus siglas en inglés) anotado(s) en este formulario (si alguno) indicando que estoy exento de declarar conforme a FATCA es el (son los) correcto(s).

Instrucciones para la certificación. Tiene que tachar la partida 2 anterior si el IRS le ha notificado que usted en estos momentos está sujeto a la retención adicional de impuestos porque no declaró todos los intereses y dividendos en su declaración de impuestos. Para las transacciones de bienes inmuebles, la partida 2 no corresponde. Para los intereses hipotecarios pagados, la adquisición o abandono de bienes asegurados, la cancelación de deudas, las contribuciones a un arreglo de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés) y, por lo general, los pagos que no sean intereses y dividendos, no se le requiere firmar la certificación pero tiene que proveer su TIN correcto. Vea las instrucciones para la Parte II, más adelante.

Firme Aquí

Firma de la persona de los EE.UU. ►

Fecha ►

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia son del Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos futuros. Si desea obtener información sobre los más recientes acontecimientos que afectan al Formulario W-9(SP) y sus instrucciones, tales como legislación promulgada después de que estos se han publicado, visite www.irs.gov/FormW9SP.

Propósito del formulario

Una persona o entidad (nombrada en el Formulario W-9(SP)) a quien se le requiera presentar una declaración informativa ante el IRS tiene que obtener su TIN correcto, el cual puede ser su SSN, número de identificación del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés), número de identificación del contribuyente para adopción (ATIN, por sus siglas en inglés) o EIN, para declarar en una declaración informativa la cantidad pagada a usted u otra cantidad declarada en una declaración informativa. Ejemplos de declaraciones informativas incluyen, pero no se limitan a, los siguientes: