

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente: _____ (M.I) (Apellido)

Sexo: Hombre / Mujer Fecha De Nacimiento: ___/___/___ # Seguro Social: ___-___-___

Dirección De Correo: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

La Dirección Física (si difiere del anterior): _____ Ciudad _____ Estado _____ C. Postal _____

Residencia Telefonico: (____) _____-____ Celular/Otro Telefono: (____) _____-____

FIADOR INFORMACION (si el paciente es menor de 18 años, padre, madre o tutor legal. **DEBE** completar esto.)

Nombre: _____ (Primero) (M.I) (Apellido)

Sexo: Hombre / Mujer Fecha De Nacimiento: ___/___/___ # Seguro Social: ___-___-___ Estado Civil: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

EMPLEO

Estas Trabajando? Si No Si no, se le retiro? Si No

Nombre Del Empleador: _____ Dirección: _____

Ocupación: _____ Telefono De Trabajo: (____) _____-____

INFORMACION ASEGURADORA (Por favor, presentar todas las tarjetas de seguro activas a la recepcionista para que podamos hacer una copia para nuestros archivos.)

Aseguranza Primario: _____ (____) _____-____
Nombre de la co. de seguros Número Telefónico

Suscriptor # Identificación Grupo # Nombre del Asegurado # Seguro Social

Relación del paciente con el titular (por favor marque uno): Yo Cónyuge Niño Otro FDN De Suscriptor: ___/___/___

Aseguranza Secundario: _____ (____) _____-____
Nombre de la co. de seguros Número Telefónico

Suscriptor # Identificación Grupo # Nombre Del Asegurado # Seguro Social

Relación del paciente con el titular (por favor marque uno): Yo Cónyuge Niño Otro FDN De Suscriptor: ___/___/___

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número telefónico: (____) _____-____

Dirección: _____ Relación con paciente: _____

Médico De Referencia: _____

Si ningún médico se refiere, ¿cómo se enteró usted de nosotros? _____

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACION EN EL REVERSO

Fecha de Recibir: ___/___/___ Iniciales: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Estamos firmemente convencidos de que todos los pacientes merecen la mejor atención médica que podemos ofrecer. Todos se benefician cuando los acuerdos se aprueben. Hemos preparado este material para que se familiarice con su política. Nuestros servicios profesionales se prestan a usted, no a la compañía de seguros. El pago por el tratamiento es su responsabilidad.

ACUERDOS FINANCIEROS

inicial

_____ no tengo ni la cobertura del seguro. Yo entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados a mí mismo o sus dependientes en el momento del servicio.

_____ Entiendo que si no paga las sumas adeudadas, las clínicas tienen el derecho a asegurar una agencia de colección exterior y / o un abogado para cobrar la deuda sin pagar y reportar la deuda sin pagar a una agencia de reporte de crédito. Además, entiendo que seré responsable por cualquier cargo adicional o cuotas requeridas por asegurar la agencia de cobranza o a un abogado, incluyendo los honorarios razonables de abogados.

SEGURO DE AUTORIZACION Y ASIGNACION DE

inicial

_____ Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de seguros y solicitar el pago de los beneficios que se harán por los servicios prestados a mis dependientes o yo mismo.

_____ Yo entiendo que soy responsable en el momento del servicio para el pago de los copagos y deducibles requeridos.

La indemnización por accidentes del trabajo / de seguro de auto de autorización y asignación de

inicial

_____ Yo autorizo al médico que atiende a proporcionar información a las compañías de seguros todas y cada una con respecto a mi lesión y el tratamiento, yo entiendo que la verificación de la indemnización a mi trabajador / demanda de automóviles no libera mi obligación financiera por los servicios prestados y siendo responsable de cualquier monto no cubierto por empleador y / o de seguros.

MEDICARE

Para los pacientes de Medicare sólo

_____ Número de Medicare

_____ Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí para liberar a Administración del Seguro Social y la Administración de Salud de Finanzas o sus intermediarios o portadores cualquier información necesitada para este o reclamo relacionado con Medicare. Yo permito que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar del original, y solicito el pago de beneficios de seguro médico ya sea a mí o a la parte que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que puede ser responsable de pagar por mi tratamiento. (Sección 1128B de la Ley del Seguro Social y 31 USC 3801 a 3812 establece sanciones por retener esta información.) Las normas referentes a la asignación de Medicare de los beneficios también se aplican.

****HE LEIDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE PAGO DE ESTA OFICINA Y SE COMPROMETE A CUMPLIR POR LA POLÍTICA, DIJO.**

x _____

_____/_____/_____
Fecha

¿ va a pagar por: cheque dinero efectivo

*Tenga en cuenta: Habrá un cargo de \$ 25.00 por cada cheque devuelto.

Médico De Referencia/Número De Teléfono: _____ () _____

Médico De Atención Primaria/Número De Teléfono: _____ () _____

Farmacia De Primaria/Número De Teléfono: _____ () _____

Por favor conteste las siguientes preguntas a lo mejor de su conocimiento.

Nombre: _____ Edad: _____ Altura: _____' _____" Peso: _____ lbs

Razón de la visita _____

por favor indique un tratamiento quirúrgico previo

Fecha	Antecedentes Quirúrgicos y de Hospitalización	Facilidad

Las transfusiones de sangre? si no en caso afirmativo, cuando? _____

¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades?(UNICO círculo que le corresponda)

- | | | |
|------------------------|---------------------|---------------------------|
| Diabetes | Golpes | Enfermedad Renal |
| Enfermedad Del Corazón | Enfermedad Pulmonar | Hipertensión |
| VIH/SIDA | Asma | Tendencia Al Sangrado |
| Convulsiones | Hepatitis | Enfermedad De La Tiroides |
| Cáncer | Artritis | Otro: _____ |

Los medicamentos actuales

Dosis

¿Con qué frecuencia por día?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Está tomando aspirina u otros anticoagulantes? (Coumadin/Warfarin)? Si No

Alergias: _____

Los Hábitos Sociales:

El uso de Tabaco: nunca si, ¿cuántos? _____ previamente, pero dejar de cuando? _____

El uso de Alcohol: nunca si, ¿cuántos? _____ previamente, pero dejar de cuando? _____

Consumo de Drogas (marihuana, cocaína, etc): nunca si previamente, pero dejar de cuando? _____

Firma: _____

Fecha de Recibir: ____/____/____ Iniciales: _____

La Historia Familiar:

Diabetes Trastorno Convulsivo Enfermedad Del Corazón
 Cáncer Enfermedad Pulmonar Hipertensión
 Tendencia Al Sangrado Golpes Enfermedad Renal
Número de Hijos y Edades: _____

¿Usted está experimentando cualquiera de los siguientes?
(UNICO círculo que le corresponda?)

Constitucional

Fiebre
Fatiga
Cambio de peso reciente
Insomnio
Estrés

Ojos, Nariz, Boca, Garganta

Dolores de oído
Pérdida de la audición / timbre
Sangrado de la nariz
Problemas de sinusitis
Resfriados frecuentes
Problemas dentales
Dolor de garganta / ronquera

Cardiovascular

Dolor de pecho
Irregular / acelerado latido del corazón
Extremidades frías
Entumecimiento / debilidad brazos o piernas
Venas varicosas o flebitis
Hinchazón de los pies o los tobillos
Dolor al caminar

Respiratorio

Tos
Falta de aliento
Escupir sangre

Gastrointestinal

Pérdida de apetito
Náuseas / vómitos
Diarrea
Estreñimiento
Cambios en los intestinos

Hematológica Enfática

Tardo para sanar después de los recortes
Anemia
Sangrado / moretones
Inflamación de las glándulas

Trastornos Musculoesqueléticos

Dolor en las articulaciones
Dolores musculares, articulares debilidad
Dolor de espalda

Neurológico

Dolores de cabeza frecuentes
Mareo / vértigo
Parálisis
Cambios en el habla

Psiquiátrico

Pérdida de la memoria / confusión
Ansiedad / depresión

Endocrino

La hormona del problema
Sed excesiva o micción
Calor / tolerancia al frío

Firma: _____

Fecha de Recibir: ____/____/____ Iniciales: ____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE AÑO

****Por favor, lea cada frase, si así se acuerda, firme abajo****

REFERENCIAS: Si mi seguro requiere una referencia, yo entiendo que es mi responsabilidad que la obtenga y que debe ser recibido antes del tratamiento con el fin de calificar para el máximo beneficio de mi compañía de seguros. Si una recomendación no fue planeado, me ha dado la oportunidad de obtener una remisión o cambiar mi cita. Entiendo que si me niego, me estoy tomando toda la responsabilidad por el pago.

RECONOCE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD: Reconozco haber tenido la oportunidad de recibir y / o revisar una copia de Deming Corporación Clínica (Deming Family Practice, Deming Orthopedic Services, Deming Cardiology, Deming Surgical Associates, Deming Pediatrics, and Deming Women's Center) Aviso de prácticas de privacidad en la actualidad. Doy mi consentimiento para el uso de mi información de salud protegida como se describe en el anuncio de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Yo entiendo que debe proporcionar una autorización por separado antes de las revelaciones se pueden hacer otros.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN: Si no estoy disponible o de otro modo no puede tomar la información que a mí mismo, me doy permiso para que el médico Deming Surgical Associates y el personal para discutir la información con respecto a mis resultados de las pruebas, los problemas de facturación o de otras situaciones relacionadas con mi visita con las siguientes personas:

<u>Nombre:</u>	<u>Relación:</u>	<u>Número De Teléfono:</u>
_____	_____	(____) _____-_____
_____	_____	(____) _____-_____
_____	_____	(____) _____-_____
_____	_____	(____) _____-_____

Entiendo que la oficina puede ser necesario que me llame. Doy permiso para que el médico Deming Surgical Associates y el personal para llamar y entender que se identificarán al dejar mensajes en el contestador o con cualquiera que conteste el teléfono en casa cuando se trata de ponerse en contacto conmigo. Entiendo que la información no confidencial sobre mi estado de salud será discutido con nadie a menos que específicamente figuran en este formulario.

Al firmar abajo, reconozco que he leído, entiendo completamente y estoy de acuerdo con las declaraciones antes mencionadas.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Si es tutor, relación con el paciente: _____

Fecha de Recibir: ____ / ____ / ____ Iniciales: _____