

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: M | F

Si no es el paciente, nombre de la persona a cargo de las citas, pagos, etc .: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado: _____ Código postal: _____

Estado civil: Soltero/a | Casado/a | Asociado/a | Separado/a | Divorciado/a | Viudo/a

¿Cómo se enteró de nosotros? Doctor | Evento | Seguros | Google / Web | Amigo / Familia | Letrero | TV

Otro: _____

¿CÓMO PODEMOS CONTACTARLO?

Teléfono principal: _____ Tipo: _____ Teléfono secundario: _____ Tipo: _____

Correo electrónico: _____ Idioma principal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Médico / práctica de atención primaria: _____ Fecha de la última visita: _____

Farmacia: _____ Ubicación: _____

OTROS CONTACTOS :

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ No. de teléfono: (____) ____ - ____

Debido a las regulaciones de HIPAA, no compartiremos su información privada con nadie sin su consentimiento. ¿Hay algún familiar u otra persona a la que le gustaría autorizar para hablar con nosotros sobre sus diagnósticos, tratamientos o facturas?

Si | No

Si es así, ¿quién? (Por favor, indique el nombre y la relación): _____

Si alguien que no sea usted pagará sus facturas, complete lo siguiente:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ No. de teléfono: (____) ____ - ____

¿Tiene un tutor legal o un poder notarial para el cuidado de la salud? Si | No

En caso afirmativo, Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ No. de teléfono: (____) ____ - ____

*** Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si así lo deseaba) y entender el aviso.*

Nombre en letra de imprenta del paciente (o padre / tutor)

Si no es el paciente, relación con el paciente

Firma

Fecha

Nombre del paciente: _____

HISTORIA MÉDICA

Médico de atención primaria: _____ Fecha de la última visita: _____

Farmacia: _____ Ubicación: _____

Altura _____ Peso _____ Tamaño del zapato _____

Marca si alguna vez ha dado positivo en alguno de los siguientes: TB | Hepatitis | VIH/SIDA | MRSA

¿Tiene alguna alergia conocida a un(os) medicamento(s)? ¿Cuáles? _____

Otras: Ninguna | Cinta | Látex | Yodo | Mariscos | Alimentos / Otros: _____

Adjunte o escriba una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluidos los medicamentos recetados y de venta libre).

Enumere todas las cirugías anteriores (Con la fecha aproximada):

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes situaciones? (Seleccione S o N)

Artritis	S	N	Si es diabético, ¿toma insulina?	Si No
Cáncer	S	N	Última nivel de la glucosa:	_____
Diabetes	S	N	Última nivel de A1C:	_____
Fibromialgia	S	N	Otras condiciones:	_____
Gota	S	N		_____
Presión alta	S	N		_____
Neuropatía	S	N		_____

Por favor selecciona condiciones en su historial médico de la familia: Cáncer | Diabetes | Gota
 Enfermedad del corazón | Presión alta | Accidente cerebrovascular | Artritis reumatoide

HISTORIA SOCIAL

¿Consumo de tabaco actual o pasado? Nunca | Uso anterior (fumó) | Uso pasado (sin humo)
 Uso actual - Tipo _____ Frecuencia: Casi nunca | Ocasional | Moderado | Diariamente

¿Consumo de alcohol actual o pasado? Nunca | Uso anterior - Terminó hace _____
 Uso actual - Tipo _____ Frecuencia: Casi nunca | Ocasional | Moderado | Diariamente

¿Consumo de drogas recreativas actual o pasado? Nunca | Uso anterior - Terminó hace _____
 Uso actual - Tipo _____ Frecuencia: Casi nunca | Ocasional | Moderado | Diariamente

POLÍTICA FINANCIERA

El pago vence al momento del servicio. Los copagos se cobrarán en el momento del check-in. Si tiene un deducible no alcanzado, cobraremos el 60% de los cargos que se envían a su seguro. Una vez que se hayan procesado los reclamos cualquier monto que haya pagado en exceso puede ser usado como crédito para visitas futuras o podemos reembolsar directamente a usted. Si su pago inicial no cubre todos los servicios, recibirá una factura por cualquier monto adicional del que su seguro haya determinado que usted es responsable.

Descuentos disponibles

Nuestra práctica ha establecido un programa de tarifas único que se aplica a todos los pacientes por cada servicio brindado. Puede tener derecho a un descuento en las siguientes circunstancias:

- Si estamos en la red con su plan de seguro médico
- Si no tiene seguro y recibe tratamiento como paciente que paga por su cuenta
- Si está pasando por dificultades extremas u otras circunstancias especiales, puede enviar una solicitud por escrito a la gerencia para que se le ofrezca un descuento por un período de tiempo limitado según lo determine la práctica.

A partir del 1/1/2024, nuestra oficina no podrá extender ningún tipo de descuento que no sean los enumerados anteriormente.

Por favor tenga en cuenta

- Se cobrará una tarifa del 3% en todas las transacciones con tarjeta. Este cargo se puede eliminar pagando en efectivo o con cheque. El cargo tampoco se aplica si se paga con una Cuenta de Ahorros para la Salud (Health Savings Account - HSA) o una Cuenta de Gastos Flexibles (Flexible Spending Account - FSA).
- Las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobranza. Todos los costos incurridos (incluidos, entre otros, honorarios de cobro, honorarios de abogados y honorarios judiciales) serán su responsabilidad, además del saldo adeudado en esta oficina.
- Usted será responsable de cualquier cargo que su seguro pueda negar, incluso si no ha informado a nuestra oficina sobre un cambio en su cobertura de seguro.
- Hay una tarifa de servicio de \$25.00 por todos los cheques devueltos. Su compañía de seguros no cubre esta tarifa.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN

Si no se presenta a su cita programada o si cancela con menos de 24 horas de anticipación a la práctica, estará sujeto a una tarifa de \$50.00 por no presentarse, que deberá pagar antes de su próxima visita programada. Esta tarifa puede no aplicarse en circunstancias especiales inevitables con la aprobación de la gerencia. Los pacientes que no se presenten dos (2) o más veces en un período de 12 meses pueden ser despedidos de la práctica y se les negará cualquier cita futura.

He leído y entiendo tanto la política financiera como la política de cancelación/no presentación.

Nombre del paciente / partido responsable: _____ Fecha: _____

Firma del paciente / partido responsable: _____ Fecha: _____