



RodriguezMD

Community Care-Cuidado Comunitario

Formulario de registro y facturación

APELLIDO _____ NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ SEGURO SOCIAL # ____ - ____ - ____ SEXO (M / F) ESTADO CIVIL(C/S/V/D)

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE LA CASA # _____ OTROS NOMBRE (S) _____

EN CASO DE EMERGENCIA _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

NOMBRE DE LA EMPRESA _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ EXT _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

INFORMACIÓN DE FACTURACION:

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE (si es distintos de sí mismo) _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

RELACION _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ NUMERO DE TELEFONO _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS O WORKERS COMP:

Por favor, dar su tarjeta a la recepcionista para copiar

ES ESTÁ CONDICIÓN RELACIONADA CON EMPLEO? _____ ACCIDENTE DE AUTO? _____ OTRO ACCIDENTE? _____

FECHA _____ HORA _____

SEGURO 1 _____ COPAGO _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTO _____ RELACIÓN _____

CERTIFICADO # _____ GRUPO # _____

SEGURO 2 _____ COPAGO _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTO _____ RELACIÓN _____

CERTIFICADO # _____ GRUPO # _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRITO (SI ES DISTINTA DE SI MISMO) ___ / ___ / ___ SEGURIDAD SOCIAL # ____ - ____ - ____

Autorizar a la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar esta solicitud. (REQUERIDO)

FIRMA _____ FECHA _____

Autorizar el pago de las prestaciones médicas a mi médico por los servicios prestados. (REQUERIDO)

FIRMA _____ FECHA _____

Formulario de historia médica

Paciente _____ Fecha _____ Fecha de nacimiento _____

¿Ha sido usted hospitalizado? Sí No

¿Se ha vacunado contra la hepatitis A, B o C? Sí No

Último test de detección de TB _____

Último antitetánica _____

Cuál de las siguientes condiciones están actualmente siendo tratadas o han recibido tratamiento en el pasado? (por favor, marque la casilla)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, soplo/angina | <input type="checkbox"/> falta de aliento | <input type="checkbox"/> trastorno del ojo/glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Problemas del pulmón /tos | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza y migraña | <input type="checkbox"/> Depresión y ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Acidez y reflujo | <input type="checkbox"/> problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Anemia/problemas sanguíneos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Problemas de oído |
| <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón u orina |
| <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos/hepatitis | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Ulceras/colitis | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> problemas de próstata |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Lentes/gafas | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática audiencia |
| <input type="checkbox"/> Demencia senil | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Piedras del riñón |
| <input type="checkbox"/> Alergias | | |

Describe cualquier tratamiento médico actual o pasado no mencionado anteriormente

Ha tenido alguna cirugía Anteriormente?

Historia familiar

	Viven/	Edad (o edad de muerte)	Lista de enfermedades graves
Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Padre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Hermanas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Hermanos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____

Cualquier miembro de su familia (incluidos los niños y padres) han tenido alguna de las siguientes enfermedades:

Enfermedad y Qué miembro de la familia?

De la enfermedad de anemia o sangre _____

Cáncer _____

Diabetes _____

Glaucoma _____

Enfermedad del Corazón _____

Presión alta _____

Salud mental/depresión _____

Embolia _____

Otras enfermedades _____

Mujeres: Historia ginecológica

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

Fecha de última Papanicolaou _____

¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? Sí No

¿Fecha de última mamografía? _____

¿Alguna vez ha tenido una biopsia de mama? Sí No

Farmacia, dirección y tlf: _____

En que medio de comunicación se entero de nosotros: _____

E-mail: _____



RodriguezMD

Community Care-Cuidado Comunitario

Formulario de historia para la visita actual

Paciente _____ Fecha _____ Fecha de nacimiento _____

¿Con qué problemas médicos le podemos ayudar hoy?

Medicamentos actuales:

Medicación	Dosis (mg/mcg)	Número de veces que lo toma diariamente

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí No

¿Si sí, a qué medicamentos? _____

Historia social

¿Actualmente fuma o mastica tabaco? ¿Sí No si no, Lo ha usado anteriormente? Sí No

¿Cuántos paquetes por día? _____

¿Bebe cerveza, vino o alcohol? ¿Sí No si no, Lo ha usado en el pasado? Sí No

¿Cuántas bebidas por semana? _____

¿Usted actualmente bebe café, pop, té o bebidas energéticas? Sí No

¿Hace ejercicio diarios/semanales? Sí No

¿Utiliza cinturones de seguridad cuando conduce? Sí No

¿Lleva casco mientras monta bicicleta? Sí No

¿Han tenido recientemente cualquiera de estos síntomas? (Por favor haga un circulo)

Tos	cambio en visión	sinusitis	calambres
Nariz sangrienta	articulaciones hinchadas/dolorosas	Alergias	Acidez
Pensamientos de suicidio	problemas de dolor de cabeza	Problemas respiratorios	diarrea
Problemas con los ojos	mareos	Dolor de pecho	Vómitos
Problemas de audición	Desmayos	Palpitaciones	Brotos
Dolor abdominal	Hemorroides	dolor al orinar	Dolor de pies
dolor en los nervio	Problemas al dormir	Ronquidos	Dolor de espalda
Ganglios linfáticos hinchados		Dolor de garganta	

Mujeres: Historia ginecológica

Primer día de su último periodo menstrual? _____



RodríguezMD

Community Care-Cuidado Comunitario

Consentimiento para el uso o divulgación de información de salud protegida Para tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud

Consentimiento para que Rodríguez MD utilice o revele mi información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- Tratamiento significa la prestación, la coordinación o la gestión de los servicios de atención de salud y relacionados por uno o más atención de la salud los proveedores.
- Pago significa las actividades emprendidas por un proveedor de atención médica o un plan de salud para obtener o proporcionar reembolso para la prestación de atención de la salud.
- Las operaciones de atención médica significa llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad; revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención de salud; aseguramiento, calificación de prima y otras actividades relacionados con contratos de seguro de salud; exámenes médicos; servicios jurídicos; auditoría funciones; y administración de negocios y general las actividades administrativas de Rodríguez MD.

Consentimiento para que Rodríguez MD a revele mi información de salud protegida para actividades de tratamiento de otro proveedor de atención médica.

Consentimiento para que Rodríguez MD a revele mi información de salud protegida a otra entidad cubierta o a otro proveedor de atención médica para las actividades de pago de la entidad que recibe la información.

Consentimiento para que Rodríguez MD divulge información de salud protegida a otra entidad cubierta para las actividades de las operaciones de atención de salud, siempre que MD de Rodríguez y la otra entidad cubierta tiene o tuvo una relación con la por debajo de la paciente con nombre. La divulgación debe ser para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o con el propósito de detección de fraude y abuso de atención de salud o de cumplimiento de normas.

Reconozco que he recibido una copia de Rodríguez MD *del* aviso de privacidad.

Nombre del paciente _____ Fecha _____
(Por favor imprimir)

Firma de la persona que autoriza el consentimiento

Relación con el paciente

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

(Lea cuidadosamente y marque con sus iniciales)

_____ **SISTEMA TELEFONICO:** Cuando llame a nuestra oficina, su llamada será contestada por nuestro sistema telefónico automatizado. Por favor, oiga cuidadosamente el menú para que su llamada se dirija al departamento correspondiente con muy poco, o ningún tiempo de espera.

_____ **VISITA DE ENFERMEDAD:** Si usted está enfermo, por favor, haga una cita lo antes posible en el día. Trabajamos sólo por cita, sin cita previa, los pacientes que lleguen después de 20 minutos después de la hora de la cita programada tendrá la opción de reprogramar o esperar a la próxima cita disponible ese día. Por favor, sea cortés y notifiquernos tan pronto como sea posible si quiere cambiar su cita, para poder ofrecer la cita a otra persona que la necesite, SI NO LO HACE SE LE COBRARA EN SU PROXIMA VISITA \$35.

_____ **LLAMADAS TELEFÓNICAS PARA LA ENFERMERA:** La línea de enfermería recibe un alto volumen de llamadas. Para su comodidad, hay un sistema de correo de voz en esta línea. Por favor deje su nombre y número de teléfono y delectree su nombre y fecha de nacimiento. Una de nuestras enfermeras le devolverá la llamada tan pronto como sea posible. Llamadas por la mañana son devueltas antes de las 12:30 pm, y las de por la tarde antes de las 5pm.

_____ **RE-ORDENAR MEDICAMENTOS:** Para los medicamentos que no pueden ser llamados, por favor notifique a 48 horas de antelación para recoger una receta por escrito. La enfermera re-ordenaría los otros medicamento tan pronto como sea posible.

_____ **SEGUROS:** Para presentar adecuadamente su reclamación al seguro (s), debemos obtener una copia actual de su tarjeta de seguro cada vez que visite nuestra oficina. Esto ayudará a su seguro para pagar las reclamaciones de manera oportuna y ahorrar de ser facturados. En el caso de que no proporcionan prueba de seguro, el pago se realizara en el momento de la visita en la oficina. Además, si usted proporciona información incorrecta con respecto a su seguro, usted será responsable por el proyecto de ley. Si la información del seguro es incorrecta, dado que requiere una reclamación a ser re-presentada, habrá una tarifa de \$ 35 para volver a presentar la reclamacion.

_____ • Usted tiene la responsabilidad de contactar con su compañía de seguros y averiguar si nuestros médicos son los médicos participantes dentro de su plan de seguro en particular. Algunas compañías de seguros tienen un PPO, HMO, POS, o el estado de indemnización, y es muy posible que nuestros médicos podrán participar sólo en una de estas áreas, no en todos.

_____ • También es su responsabilidad leer y comprender su propia póliza de seguro. Ciertos servicios y procedimientos pueden / no pueden ser cubiertos en función de la póliza de seguro propio..

_____ • Las siguiente circunstancia puede dar lugar a que se le cobre a ud directamente.

. **Nosotros no somos los médicos participantes en su plan.**

. **Análisis de laboratorio no cubiertos, se ordena / interpretadas.**

. **O un servicio no cubierto se lleva a cabo o negado por la razón "no es médicamente necesario".**

. **La cobertura del seguro no está en vigor.**

_____ • Co-pago es colectado en el momento de la visita por la persona que presenta el paciente, para la visita. Si usted no tiene su co-pago se le cobrara \$ 15 por gastos administrativos. Si alguien que no sea el padre o tutor es Lquien trae al paciente, una comunicación que precise la aprobación de la visita debe ser firmada por el padre / tutor del presentado en el check-in.

_____ **REFERIDOS:** Los referidos pueden ser necesarios para los especialistas, visita en la sala de emergencia, consulta de atención de urgencia, etc . Es su responsabilidad determinar si su seguro requiere una referencia para las visitas de atención médica fuera de nuestra oficina. Si necesita una referencia, por favor comuníquese con nuestra oficina con una fecha de cita y la hora. Tenemos 3 días hábiles para obtener una remisión de su seguro.

_____ **LABORATORIOS, RAYOS X, o OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:**

Si los laboratorios, rayos X, u otro servicio de atención ambulatoria se requiere más allá de su visita a la oficina, es su responsabilidad de conocer si su compañía de seguros cubre por estos servicios. Cada compañía de seguros los contratos son diferentes.

He leído y entendido las políticas antes mencionadas, y las comunicaciones.

Escriba el nombre _____

Firma _____ Fecha _____