

**Información de Paciente (como parece en su seguro médico)**

Farmacia preferido \_\_\_\_\_ Dirección de Farmacia \_\_\_\_\_

Nombre de apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Sexo: M F SS # \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_ Estado Civil: M S V D

Domicilio (calle) \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Mejor método de contacto: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Seguro primario**

**Seguro secundario**

Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_

Nombre de asegurado \_\_\_\_\_

Nombre de asegurado \_\_\_\_\_

FDN \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FDN \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Padre ó Guardián de niños/menores**

Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia**

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Consentimiento para revelar información de salud y cuentas**

Yo, (nombre) \_\_\_\_\_, por la presente concede permiso a Premier Family Care para discutir ó revelar información con respecto a mi diagnosis medico, ó informacion con respecto a mi historial médico, o cualquier información medico que la entidad mencionado puede tener en archivo como me asunta incluyendo pero no limitado a cuentas, información de beneficios, reclamaciones, apeladas y reclamaciones, a los individuos siguientes en cumplimiento con las guías por HIPAA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

- Declino compartir mi información medico con cualquier individuo. Entiendo que tengo el derecho de cambiar esta decision en culaquier momento.
- Doy permiso al personal de clinica revisar mi información de medicinas ó salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Política de No Asistir:** Si no recibimos 24 horas de notificación de cancelar antes de la cita, se la cobrará por la cita no asistida.

## Política financiero

Gracias por escoger Premier Family Care como su proveedor de atención sanitaria. Favor de entender que pagado de su cuenta es su responsabilidad. Hay que completar todas las planillas antes de ver al doctor.

### **Seguro médico (además que cuidado controlado)**

Su política de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte de ese grupo. El pago de debe en el momento del servicio. Si su seguro médico no se ha pagado en su cuenta entre 45 días, se le pedirá pagar por sus servicios aunque su seguro médico está pendiente. Se puede pagar con efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, o American Express.

### **Seguro de cuidado controlado**

Nosotros presentamos a su seguro para citas con PPO's y HMO's en cual participamos. Copagos se deben al momento de servicio. Si usted no tiene su tarjeta de seguro al momento de su cita, se debe pagar por su cita al momento de servicio.

### **Medicare**

Premier Family Care participa en el programa Medicare. Nosotros presentamos la reclamación a Medicare y aceptamos al pago permisible de Medicare. Usted será facturado 20% coaseguro y cualquier deducible. Si usted tiene un seguro médico secundario, presentaremos la reclamación secundaria despues de recibir el pago de Medicare.

### **Honorarios usuales y consuetudinarios**

Cargamos lo que consideramos usual, consuetudinario y razonable. Usted será responsable por pagamiento a pesar de una determinación arbitrativo de compañía de seguro de un honorario diferente.

### **Sin cobertura de seguro**

Si usted no tiene cobertura de seguro, sup ago de debe en el momento de servicio a menos que se ha hecho arreglos previos. Aceptamos a efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover ó American Express.

#### **Entiendo que soy responsable por pagamiento al momento de servicio.**

- Favor de notar: usted puede contraer cargos separados para laboratorio y servicios ortopedicos ó suministros
- Entiendo que soy responsable por cargos incluyendo deducible, copagos, etc. que no están cubiertas por mi plan de seguro médico incluyendo a Medicare
- Yo autorizo transferencia de beneficios medicos a el médico abajo firmante para servicios prestados.
- Yo autorizo divulgación de información médica necesaria para procesar este reclamación

**RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: UN DETALLE DE SUS DERECHOS Y CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICO SERÁ USADO Y REVELADO ESTÁ EXPUESTO EN NOTICIA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. UNA COPIA HA SIDO AMUEBLADA A MI Y ESTÁ PUESTO EN LA CLINICA.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Política de No Asistir:** Si no recibimos 24 horas de notificación de cancelar antes de la cita, se la cobrará por la cita no asistida.

**Pérfil Médico Página 1**

Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

Historial Médico Pasado			
Marque todos los que correspondan. Describe detalles de condiciones médicas en el espacio abajo.			
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Próstata agrandada	<input type="checkbox"/> acidez/GERD	<input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental:
<input type="checkbox"/> Adicción a drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> Cáncer: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis	_____
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Presión de sangre alta	<input type="checkbox"/> Osteoartritis
<input type="checkbox"/> Angina (Dolor de pecho)	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Diabetes (inicio adulto)	<input type="checkbox"/> Intestino irritable	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes (inicio infantil)	<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn's or CU)	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Desorden de ataques
<input type="checkbox"/> Desorden sangrante	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Cardiopatía		<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Otro:			

Historial quirúrgica pasada			
Marque todos los que correspondan. Describe detalles de cirugía en espacio abajo.			
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Vesícula	<b>** Masculino**</b>	<b>**Femenino**</b>
<input type="checkbox"/> Angioplastia	<input type="checkbox"/> Bypass gástrico	<input type="checkbox"/> Biopsia de próstata	<input type="checkbox"/> Biopsia de seno
<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Reparación de hernias	<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata (TURP)	<input type="checkbox"/> Implantes mamarios
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda	<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera	<input type="checkbox"/> Vasectomía	<input type="checkbox"/> Reducción mamaria
<input type="checkbox"/> Túnel carpiano	<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla		<input type="checkbox"/> Parto cesárea
<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> Marcapasos o Desfibrilador		<input type="checkbox"/> Legrado
<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Cirugía de intestinos		<input type="checkbox"/> Histerectomía
<input type="checkbox"/> Derivación aortocoronaria	<input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides		<input type="checkbox"/> Ovarios extirpados
<input type="checkbox"/> Stent coronario	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Otro:			

Medicamentos		
Favor de apuntar medicinas recetadas ó sin receta que está tomando.		
Nombre de droga	Dosis	Cuántas veces al día?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Allergias	
<input type="checkbox"/> NO ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS	
Nombre de droga/comida	Reacción
1.	
2.	
3.	
4.	

Historial médico de mujer	
Edad al primer período menstrual _____	Estás embarazada?    Sí    No    Posiblemente
Período menstrual pasado _____	Que tipo de control de natalidad usa? _____
Edad de inicio de la menopausia _____	

Historial de embarazo							
Término completo	Prematuro	Cesárea	Vaginal	Parto vivo	Ectópico	Aborto espontáneo	Aborto

**Política de No Asistir:** Si no recibimos 24 horas de notificación de cancelar antes de la cita, se la cobrará por la cita no asistida.

**Perfil Médico Página 2**

Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

**Historia social** *Sus respuestas nos ayuda identificar riesgo de enfermedad. Respuestas son confidenciales.*

<b>Uso del tabaco:</b> Si No <input type="checkbox"/> Tabaco de masticar <input type="checkbox"/> Cigarillos <input type="checkbox"/> Cigarillos electronicos <input type="checkbox"/> Pipa	Cúanto al día? _____ Por cuánto tiempo? _____ Si dejaste de usar, qué año? _____	<b>Toma Alcohol?</b> Si No Cuál tipo? _____ Cúantas bebidas? _____ Frecuencia? _____ Si dejaste de usar, qué año? _____	<b>Usa drogas ilegales?</b> Si No Cuál tipo? _____ Cúanto? _____ Frecuencia? _____ Si dejaste de usar, qué año? _____
---	--	---	---

**Cuidados Preventivos** *Haz lista de fechas de los servicios preventivos más recientes*

Prueba	Fecha	Resultados	Nunca hecho
Prueba de aneurisma aórtico abdominal		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Prueba de densidad ósea		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Colonoscopia		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Exámen completo		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Prueba de glaucoma		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Prueba de VIH		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Mamografía		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Frotis (solo mujeres)		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Examen de prostata (solo hombres)		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
PSA (solo hombres)		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>
Examen de visión		Normal Anormal	<input type="checkbox"/>

**Inmunizaciones** *Haz lista de fechas mas recientes de vacunas.*

INMUNIZACIÓN	Fecha	INMUNIZACIÓN	Fecha

Si menos de 18 años, cree que están completos? Si No

**Historial Médico de Familia** *Check all that apply to your IMMEDIATE relatives. (Padres, abuelos, tios/tias o hermanos)*

<input type="checkbox"/> Alzhéimer	<input type="checkbox"/> Cancer – Seno	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cancer – Colon	<input type="checkbox"/> Diabetes (inicio adulto)	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cancer – Ovario	<input type="checkbox"/> Diabetes (inicio infantil)	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cancer – Prostata	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Cancer – Estómago	<input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Cancer – Otro	<input type="checkbox"/> Presión de sangre alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> Desorden sangrante	<input type="checkbox"/> Infarto/Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Colesterol alta	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn's or CU)	
<input type="checkbox"/> Otro/Detalles:			

Certifico que la información proporcionada anteriormente ha sido respondida a lo mayor de mi conocimiento. Entiendo que ésta información se mantendrá confidencial y solo usado por mi cuidado médico.

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_