

Reconocimiento

Cada empresa enumerada siguiente es una práctica médica independiente y separada con su propio identificador de proveedor nacional, identificación fiscal y contratos de seguro. Cada médico es responsable de sus propios pacientes/prácticas médicas y no son socios ni están afiliados.

Proveedores independientes que comparten espacio en 277 Rancheros Dr., Ste. 101, San Marcos, CA 92069:

Serge C. Kaska, MD Inc

Erin E. Farrelly, MD, a Medical Corporation

Hannah E. Kirby, MD Inc

Joseph M. Mann III, MD Hand Surgery APC

Anisa M. Yalom, MD Inc

ELIM Acupuncture Group, Inc.

Reconozco que he leído y entiendo que los proveedores anteriores no son una práctica grupal.

Escriba el nombre del Paciente o el Representante Legal del Paciente

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

Si es Representante Legal, indique la Relación con el Paciente

Fecha

REGISTRO DE PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: POR FAVOR IMPRIMA

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ No de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Género: M F Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo(a) Pareja Domestica

Etnicidad: Hispano No Hispano Desconocido No Declarar

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico Blanco Desconocido No Declarado

Doctor Primario: _____ Clínica o Doctor de Referencia: _____

Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono Preferido: (_____) _____ Alternativo: (_____) _____

Casa Móvil Trabajo Casa Móvil Trabajo

Empleo/Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Jubilado

Ocupación: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Persona como contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número de teléfono: (_____) _____

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE AL PACIENTE):

Relación con el paciente: Cónyuge Hijo(a) Padre/ Madre Otro: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Teléfono: (_____) _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

REGISTRO DE PACIENTE

TIPO DE CUENTA: Efectivo Seguro Medico Lien Workman's Comp

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

Nombre de la Compañía Primaria: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Hijo(a) Padre/Madre Otro: _____

Nombre de la Compañía Secundaria: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Hijo(a) Padre/Madre Otro: _____

AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro médico es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. También autorizo el pago de beneficios médicos al medico nombrado arriba. Entiendo que el pago de los servicios no está supeditado a la recuperación y esto no excluye mi obligación a pagar.

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para pacientes de Medicare:

¿Actualmente reside en una Residencia Especializada (Skilled Nursing Facility)? Si No

En los casos de Medicare, su médico nombrado arriba, acepta la determinación de Medicare como el cargo completo y total. Yo, como el paciente, soy responsable sólo por el deducible, coaseguro y servicios no cubiertos. El coaseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Sus responsabilidades y reconocimientos:

El paciente o el representante legal del paciente* es responsable de lo siguiente:

- ❖ Determine si su medico es un participante en su plan de seguro médico.
- ❖ Saber qué servicios están cubiertos por su seguro médico. El costo de cualquier servicio NO cubierto por el seguro es responsabilidad del paciente, y se facturará en su totalidad al paciente.
- ❖ Asegurarse de que tengamos correcto su seguro médico y domicilió. Nuestra oficina facturará a su seguro por los servicios prestados.
- ❖ Pague su deducible y/o copago en el momento de la visita, antes de que se le preste servicios. Si el copago no se paga en ese momento, nuestra oficina puede cobrar una tarifa administrativa adicional de \$20.
- ❖ Nuestra oficina facturará al paciente los saldos adeudados por coseguro, deducibles o por servicios no cubiertos.
- ❖ Todos los cargos pendientes se pagarán dentro del ciclo de facturación inicial - 30 días.
- ❖ Solicitamos al menos 24 horas de anticipación si debe cancelar o reprogramar una cita.
- ❖ Un paciente de efectivo es aquel que no tiene seguro médico que cubra a su medico. Se espera que los pacientes de efectivo paguen en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Póngase en contacto con nuestra oficina para hacer arreglos previos para el pago.
- ❖ Los pagos se pueden realizar a través de VISA, MasterCard, Cashier's Check o Efectivó. **No** se aceptan cheques personales.
- ❖ Las cuentas vencidas se enviarán a una agencia de colección y/o podrán estar sujetas a acciones legales. La información relevante de la cuenta y personal se publicará en este curso de acción. Los costes de dicha acción se añadirán al saldo pendiente del paciente.

**El Representante Legal se define como el padre de un niño menor de edad o persona nombrado en un documento legal como un Poder Judicial o Tutela. Proporcione una copia del documento legal pertinente.*

Estoy de acuerdo con estos términos y reconozco que se trata de un acuerdo vinculante.

Nombre impreso del paciente o representante legal del paciente

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

Si es Representante Legal, la Relación con el Paciente

Fecha

HIPAA –COMUNICADO de INFORMACION PROTEGIDA de SALUD

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE

Por favor, enumere a los miembros de la familia, u otras personas, si las hay, a quienes podemos informar sobre su condición médica y su diagnóstico. Esto también puede incluir el plan de tratamiento, el pronóstico, la información de pago y las opciones de atención médica:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Imprima el número de teléfono donde desea recibir llamadas sobre sus citas, resultados de rayos X, pruebas de laboratorio u otra información de atención médica. Esto puede incluir información de programación de cirugía e instrucciones postoperatorias:

Casa: (____) _____ Móvil: (____) _____

¿Desea comunicarse con nuestra oficina por correo electrónico? Sí No
(Tenga en cuenta, que el correo electrónico como una postal, puede ser visto por personas no intencionadas)

Yo, he solicitado responder a través de correo electrónico. Entiendo que no hay garantía de confidencialidad mediante correo electrónico.
Inicial: _____

¿Pueden dejarse mensajes confidenciales (es decir, recordatorios de citas) en su correo de voz? Sí No

Firma de la Fecha del Paciente o del Guardián Legal

Fecha

.....
NOTA: Los usos y divulgaciones de información de salud pueden ser permitidos sin consentimiento previo en una emergencia.

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NOTA: Una copia de nuestra Política de Privacidad está disponible bajo petición.

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre impreso del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Guardián o conservador de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del Representante: _____

HISTORIAL MÉDICO

INFORMACION DEL PACIENTE (FAVOR DE IMPRIMIR)

Nombre: _____ Nombre Preferido (Si es diferente): _____

Estatura: _____ Peso: _____ Mano Dominante: derecha izquierda

RAZON DE VISITA:

Hombro	Codo	Muñeca	Mano	Cadera	Rodilla	Tobillo	Pie	Cuello	Espalda
DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI		

entumecimiento dolor debilidad hinchazón rigidez otro: _____

¿Hace cuánto tiempo empezó?: _____ Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años

¿Ha tenido un problema como este antes? Sí No

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

sin lesión: inicio gradual inicio repentino fecha de la lesión o accidente: _____

con Lesión: accidente deporte accidente de trabajo accidente automovilístico

Describe brevemente el problema: _____

TRATAMIENTOS PARA EL PROBLEMA:

¿A tenido alguno de estos tratamientos? medicamento inyección aparato ortopédico terapia física muletas

¿Visito la sala de Emergencia?: No Sí: Palomar Scripps Otro _____ Fecha: _____

¿Qué exámenes hatenido?: Rayos X IRM (MRI) Tomografía Computarizada (CT) Exploración Ósea Prueba de conducción nerviosa

¿Alguna vez te han operado en esta misma área?: Sí No

Procedimiento: _____ Cirujano: _____ Fecha: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS:

¿Está tomando Medicamentos? No Sí: Ver lista de Medicamentos Previamente Proporcionada Ver lista abajo

NombredelMedicamento	Dosis	Frecuencia

Farmacia Preferida: _____

Calle/Ciudad _____ Teléfono: (____) _____

HISTORIAL MÉDICO

Tiene Alergias (medicación o látex): Sí No

¿Eres diabético? No Si: Tratamiento Actual: insulina pastillas Dieta nada

¿Está tomando, o alguna vez has tomado, anticoagulantes?: No Si, cuál: _____

HISTORIAL MEDICO:

¿Cuáles son sus problemas médicos actuales?:

HISTORIAL QUIRURJICO O HOSPITALIZACIONES:

¿Alguna vez ha tenido cirugía: No Si, cuáles?

¿Usted o un miembro de su familia alguna vez ha tenido una reacción a la anestesia?: No Si, explique

¿Alguna vez ha tenido (marque todo lo que aplique): No Aplica

ataque cardíaco (Año ____) accidente cerebro vascular (Año ____) coágulos de sangre (Año ____) insuficiencia cardíaca

alta presión sanguínea hinchazón del tobillo insuficiencia renal cáncer (Ubicación) _____

dolor de estómago mientras toma medicamentos antiinflamatorios (causado por Advil Aleve otro: _____)

HISTORIAL FAMILIAR Y SOCIAL:

¿Algún familiar directo ha tenido alguno de los siguientes? Si es así, ¿Quién?: No Aplica

diabetes: _____ alta presión _____

Cáncer: _____ artritis reumatoide: _____

¿Consume alcohol?: No Si: ¿Con qué frecuencia?: Rara vez socialmente _____ bebidas diarias _____ bebidas por semana

¿Drogas recreativas?: No Si: ¿Con qué frecuencia?: _____ Tipo: _____

¿Actualmente usa tabaco?: No Si: ¿Cuántos paquetes al día?: _____

¿Eres un exfumador?: No Si: ¿Cuánto tiempo fumaste?: _____ ¿Cuándo lo dejaste?: _____

¿Haces actividades de ejercicio o deportes?: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Ha tenido, o tiene, alguna de las siguientes enfermedades o enfermedades? Marque todo lo que corresponda.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Flujo sanguíneo deficiente |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Murmuro del corazón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Convulsión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Flebitis/Coagulación de piernas | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problema de sangrado |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza por migraña/tensión | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Émbolos pulmonares | <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> NINGUNO APLICA |

¿Tiene alguna de las siguientes quejas? Marque todo lo que corresponda.

Constitucional

- Cambio de peso
- Fiebre o escalofríos

Piel

- Sarpullido/Llagas

OJOS Y VISION

- Pérdida o cambio de visión
- Dolor o enrojecimiento de los ojos
- Riego excesivo
- Visión doble

OIDOS&OIR

- Pérdida de audición
- Zumbido o ruidos en el oído
- Infección del oído / drenaje

NARIZ&GARGANTA

- Ronquera
- Pasajes nasales bloqueados
- Hemorragias nasales
- Nariz con correr frecuente
- Dificultad para tragar

Respiratorio

- Sibilancias
- Espujo sangriento
- Tos excesiva
- Sudores nocturnos
- Dificultad para respirar

Cardiovascular

- Dolor torácico
- Latidos cardíacos anormales o rápidos
- Calambres de ternera con caminar
- Varices
- Sensibilidad fría de los dedos de las manos o pies
- Hinchazón frecuente o marcada de tobillos y pies
- Otro _____

Gastrointestinal

- Dificultades para la digestión
- Náuseas o vómitos frecuentes
- Falta o pérdida de apetito
- Dolor abdominal
- Diarrea recurrente
- Heces sangrientas, heces negras
- Otro _____

Genitourinarias

- Incontinencia urinaria
- Orina ensangrentada
- Micción dolorosa
- Dolor de flanco
- Urgencia de urinaria
- Dificultad para iniciar o orinar
- Otro _____

GENITOURINARIO (HOMBRE)

- Dolor de pene
- Anormalidad de los testículos
- Hinchazón escrotal
- Infección o llagas
- Prostatitis
- Descarga del pene
- Dificultad con la función sexual

GENITOURINARIA (MUJER)

- Secreción mamaria, hinchazón, bultos
- Dolor vaginal
- Fibromas/tumores uterinos conocidos
- Infecciones
- Flujo menstrual anormal o doloroso
- Infertilidad o dificultad para concebir
- Cambio en la distribución del vello corporal
- Dificultad con la función sexual

Neurológicos

- Entumecimiento
- Debilidad
- Convulsiones
- Otro _____

Psiquiátrico

- Depresión
- Ansiedad
- Other _____

NINGUNO APLICA