



Forma de Registro de Paciente Nuevo

Fecha					
Favor de usar letras de molde					
INFORMACION DEL PACIENTE					
Nombre Completo (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (s)				Nombre normalmente usado (Apodo)	
Direccion			Apt. No.	Ciudad	Estado
					Codigo Postal
E-mail	Telefono (casa)		Telefono (trabajo)		Telefono (celular)
No. de seguro social	Sexo	Estado Civil	Fecha de nacimiento	No. de licencia	Estado
Nombre del Patron	Ciudad del Patron	Estado del Patron	Como escucho de nuestra oficina?		
Nombre de persona(s) que usted autoriza nuestra oficina poder compartir su informacion medica (nombre y parentesco)					
Metodos permitido del contacto (circunde todos que apliquen) Telefono (casa) Telefono (trabajo) Celular Correo E-mail			Esta bien dejar mensaje en contestador automatico/voicemail? Si No		
INFORMACION DEL ESPOSO(A)					
Nombre Completo (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)(s)				Telefono (casa)	
Ocupacion	Nombre del Patron		Telefono (trabajo)	Celular	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
Nombre de compania de seguro medico (primaria)			No. grupo	No. de ID/certificado	
Nombre del dueño de póliza (o nombre del padre o madre si el paciente es un niño) de seguro social			Fecha de nacimiento	No.	
Nombre de compania de seguro medico (segundo)			No. grupo	No. de ID/certificado	
Nombre del dueño de póliza					
INFORMACION DE EMERGENCIA					
Persona a quien llamar en caso de emergencia		Parentesco	Telefono (casa)	Celular	
INFORMACION PARA EL PACIENTE					
<ol style="list-style-type: none"> Los pacientes que llevan seguro medico estandar deben recordar que los servicios profesionales esta rendidos y cargados al paciente y no a la compania de seguros. Se espera que todos los pacientes con seguro estandar hagan el pago cuando los servicios se rinden, sin importar el seguro pendiente, pleito, el etc. Los pacientes con planes de salud de contrato deben presentar su tarjeta de identificacion de seguro a la recepcionista despues de llenar este formulario. Algunos planes requerirén una cuota a la hora de servicio. Algunos de los planes de contrato requerieren que la demanda sea sometida por nuestra oficina 					
Firma: _____			Fecha: _____		

Forma de Historia Medicinal de Paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Medico que veia previamente: _____

Problemas medicos actuales: _____

Otras preocupaciones que desea discutir con el medico: _____

Lista de recetas actuales (incluye dosis, razon por tomarla y quien lo receto):

Lista de medicamentos sin receta vitaminas y suplementos alimenticios que toma: _____

Alergias (incluyendo reaccion): _____

Lista de cirugias que has tenido (incluye año, cirujano y hospital): _____

Describir hospitalizaciones/enfermedades no incluidos arriba (incluye año y hospital): _____

Has tenido (encierre):	migrañas	hepatitis	mononucleosis	ulcera
sangramiento	coagulos de sangre	lesion en la cabeza	drogadiccion	calculus biliares
tuberculosis	enfermedad transmitida sexual		ataques	artritis problema de
memoria	psoriasis	murmullos de corazon	fiebre reumatica	poliomyelitis
culebrilla	alcoholismo	depresión	enfermedad mental	gota
hemorroides	problemas auditivo	problema de vista	otro problema _____	

Quando fue su ultimo:

Injeccion de tetano _____ Injeccion de gripe _____ Vacuna de pulmonia _____
 Vacuna de hepatitis _____ Prueba de tuberculosis _____ Colonoscopia _____
 Radiografia de pecho _____ Electrocardiograma _____ Prueba de VIH _____
 Examen rectal _____ Análisis de sangre _____

Forma de Historia Medicinal de Paciente

MUJERES

Edad de primer periodo _____ Fecha de ultimo periodo normal _____ No. de embarazos _____

No. de nacimientos con vida _____ No. de hijo(s) que viven con usted _____

Método de control de la natalidad _____

Fecha de ultimo papanicolaou _____ Donde fue _____

Fecha de ultimo mamografia _____ Donde fue _____

Tiene (encierre):

Periodo irregulares Calambres Fuertes del period Periodo pesado dolor pelvico infertilidad

Dificultad sexual bochorno sequedad vaginal derrame vaginal olor vaginal

Comezon vaginal tension premenstrual cambios en los senos mamografia anormal

papanicolaou anormal

TODO

Quien en su familia tiene/ha tenido (encierresí fue la causa de muerte y apunte edad)

Enfermedad del corazon _____ trastorno genetico _____

diabetes _____ cancer _____

enfermedad de la tiroides _____ alcoholismo _____

enfermedad mental _____ artritis _____

glaucoma _____ asma _____

alergias _____ problemas estomacales _____

tuberculosis _____ presion alta _____

Lista cualquier otra enfermedad que corre en su familia y especifica su parentesco al miembro. _____

Quien vive con usted? _____

Tiene hijos? _____ Si responde sí, lista nombres, edades, y cualquier problema medico _____

Donde trabajas/trabajabas? _____

Cuantos años asistio a la escuela? _____

Cuanto pesa? _____ Cuanto deseas pesar? _____ Peso maximo? _____ Peso minimo? _____

Haces/hacias ejercicio? _____ Que tanto? _____ horas/semana? No. de años? _____ Año que dejo de hacer ejercicio? _____

Que tipo de ejercicio? _____

Forma de Historia Medicinal de Paciente

Fumas/Fumabas? _____ Que tanto? _____ cajetilla/día No. de años? _____ Años que dejo de fumar? _____

Cuando fue la última vez que trato de parar? _____ Cuantas veces has tratado de parar? _____

Has logrado parar en el pasado? _____

Toma/tomaba alcohol? _____ Cantidad? _____ tragos/semana No. de años? _____

Año que dejo de consumir _____ Problema actual/previo con alcohol? _____ AA? _____

Usa/usaba (encierre): heroína marihuana cocaína metanfetaminas tabaco de mascar píldora de dieta

Tiene un historial de abuso/adicción a receta de medicina? _____ Sí responde sí, a cual? _____

Que tanto consume cafeína (café, te, soda)? frecuentemente _____ ocasional _____ nunca _____

Usa cinturón? _____ Maneja moto/bicicleta? _____ Si responde sí, usa casco? _____

Usa bloqueador solar? _____ Tiene pistola/arma de fuego en casa? _____

Describir su dieta. _____

Describir problemas de piel _____

Describir algun problema de pulmon o respiratorio _____

Describir problemas con estomago, intestinos, colon, digestion o evacuacion. _____

Describir cualquier problema urinario. _____

Describir preocupacion sexual. _____

Describir cualquier problema muscular, de hueso or articulacion. _____

Describir cualquier problema con el pensamiento, concentracion, estado de animo, nivel de energia, interes en la vida, etc. _____

Describir problemas con vigor, sensacion, coordinacion o funcion neurologico. _____

Otra cosa que nos quiera dejar saber? _____

Firma y fecha: _____

Acuerdo De Cita Programada

Cuidado de su salud es importante. No estamos conscientes de cómo su compañía de seguros determina qué servicios/laboratorios nos pagan y que servicios/laboratorios no son pagados o que están sujetas al deducible o coaseguro. Algunos pagan sólo para códigos de enfermedad y algunos sólo para códigos de prevención y algunos no paga por una mirada de otros factores. Nuestra responsabilidad al paciente es proporcionar atención y orden de laboratorios basados en sus necesidades médicas y las pautas de prevención actuales y el estándar de atención médica. No hay ningún médicas directrices en apoyo de "laboratorios rutinarios" ordenados sin una evaluación médica si es un beneficio cubierto o no. Por favor, tómese el tiempo para Familiarícese con sus beneficios de seguro. No dude en llamar a la compañía de seguros y preguntar acerca de la cobertura. Hay muchos planes y el cambio de sus beneficios a menudo no tenemos forma de saber qué está vigente para usted.

Usted puede programar una cita como un examen anual, cuidados preventivos o examen de rutina. Se cobrará como tal a su plan de seguro. Debido a la codificación de las leyes, debemos facturamos su examen como cuidado preventivo. Si durante su visita usted tiene otras preocupaciones o problemas que requieran un diagnóstico o otro tratamiento sería considerado un examen orientado al problema y puede incurrir en cargos adicionales de oficina o laboratorio. Estos cargos y su examen de cuidado preventivo se le cobrará a su compañía de seguros. Quizá quiera separar bien el examen de su examen de Problem-Oriented y nos placeríamos programarla así para usted.

Si su compañía de seguros no cubre algunos o todos estos cargos, se le facturará directamente para el equilibrio señalan también que es "responsabilidad del paciente". Por favor haga no pedir nosotros a volver a facturar su seguro cambiando los códigos de procedimiento o diagnóstico. Somos capaces de hacer un cambio, una vez que el seguro ha sido calificado.

Servicios de laboratorio son proporcionados por Laboratory Corporation of America (Labcorp), Sonora Quest Laboratories, ProPath y los laboratorios de diagnóstico médico y no tienen ninguna afiliación financiera o de otra directa con Las Vegas Clinic. Esto significa que se cobra el trabajo de laboratorio realizado íntegramente por las empresas individuales. Los servicios y facturación sigue siendo el mismo independientemente de que tuvieran esos servicios de laboratorio en medicina familiar Pinnacle o en un laboratorio exterior. El servicio de laboratorio, por lo tanto, se ofrece como un servicio a nuestros pacientes. Si se produce una facturación pregunta sobre el servicio de laboratorio, es la responsabilidad del paciente para dirigir las preguntas al Departamento de facturación de laboratorio y tenga en cuenta que no vamos a cambiar los códigos después de que el servicio se obtiene.

Reconozco que he leído y entiendo la información anterior. Entiendo que será financieramente responsable por los servicios que mi compañía de seguros indica que son "responsabilidad del paciente".

Escribe el nombre del paciente en letras de molde

Firma del paciente

Fecha

Paciente Responsabilidad Financiera

Como cortesía a nuestros pacientes, nos hemos inscrito en varios programas de seguro de cuidado médico. Estamos agradecidos con poder proporcionarle este servicio, y haremos cada esfuerzo de verificar cobertura y de mandar la cuenta a su compañía de seguros de manera adecuada. Sin embargo, no es posible saber cada requisito de cada plan individual.

Es la responsabilidad de cada paciente saber los detalles del régimen de seguros además de cualquier lapso en cobertura de su seguro médico. Cualquier carga que ocurra como resultado de restricciones o de lapsos en cobertura del seguro, es en última instancia, la responsabilidad del paciente. Desafortunadamente, si usted no nos informa de requisitos especiales requeridos por su plan y nosotros pedimos los servicios médicamente necesarios, tales como trabajo del laboratorio, hospitalización, o fuentes que no son cubiertas por su plan; le podemos mandar el cobro por esos cargos. Si la cobertura de seguro actual no se puede verificar antes de cada cita, el pago será debido a la hora de servicio.

La oficina solo mandara un cobro por servicios rendidos por nuestros doctores. Los laboratorios son entidades separados y le puede mandar el cobro a usted o a su seguro médico por los servicios realizados por dicho laboratorio. Si usted tiene alguna pregunta sobre el cobro del laboratorio por favor comuníquese directamente con su compañía de seguro médico o con el laboratorio.

El proveer asistencia medica de alta calidad para nuestros pacientes, es nuestra primera prioridad. Estamos mas que dispuestos a proporcionar el cuidado de salud necesario, dentro de sus pautas del régimen de seguros, siempre y cuando sea posible. Con su cooperación usted debe poder recibir todas las ventajas y los derechos que le da su seguro médico, y podremos enfocar nuestros esfuerzos en proveerle asistencia médica ejemplar. La oficina Las Vegas Clinic ofrece un descuento del 50% para los pacientes sin seguro y se requiere éste pago cuando se rinde el servicio.

Se le puede cargar un **honorario administrativo de \$40.00** para llenar formularios tales como deshabilidad o seguro y solicitudes de registros médicos. Por favor esté enterado que estos servicios pueden requerir hasta siete a diez días laborables para completar.

Cheques que sean devueltos, del banco, por cualquier razón se les **aplicará un honorario administrativo de \$35.00** además de la cantidad original del cheque. Los cheques NSF se deben redimir con los fondos certificados y no se le permitirán más cheques como forma de pago.

Procuramos comunicarnos con cada paciente para recordarle su cita; sin embargo, es la responsabilidad del paciente llegar para cada cita a tiempo. Las Vegas Clinic también reserve el derecho de cargar un honorario de falta para los pacientes que faltan su cita sin llamar a cancelar dentro del plazo de 24 horas antes de la cita. El honorario de-falta es \$40 y esta conforme a cambio sin aviso.

Autorizo por este medio al médico para que proporcione cualquier y toda la información necesaria referente a mi diagnóstico y tratamiento para los propósitos de asegurar el pago de mi compañía de seguros; y de tal modo autorizo el pago de las ventajas de seguro directamente al médico para cualquier servicio rendido que no sea directamente pagado por mí.

Paciente Responsabilidad Financiera

FIRMANDO ABAJO RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS POLÍTICAS SIGUIENTES. ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES CONTORNEADAS DENTRO DE ELLAS:

- **Derechos del Paciente con Respecto a Los Registros Médicos**
- **Responsabilidad Financiera del Paciente incluyendo Coleccion y Poliza de-falta**
- **Confidencialidad y Privacidad de Registros Médicos**

Firma del paciente

Fecha

Escribe el nombre del paciente en letras de molde