



Forma de Registro de Paciente Nuevo

Fecha		Favor de usar letras de molde			
INFORMACION DEL PACIENTE					
Nombre Completo		Primer Nombre	Segundo Nombre		Apellido(s)
Dirección física (donde vives)			Apt. No.	Ciudad	Estado Codigo Postal
Dirección de envío			Apt. No.	Ciudad	Estado Codigo Postal
Correo Electronico		Telefono (casa)	Telefono (trabajo)		Telefono movil
No. de seguro social		Sexo	Fecha de nacimiento	No. del licencia	Estado
Nombre del Empleador		Ciudad	Estado	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 (circule):				Esta bien dejar mensaje en contestador automatico/voicemail?	
Telefono casa	Telefono trabajo	Celular	Correo	Email	Sí ____ No ____
¿Necesitas un intérprete? Sí ____ No ____					
INFORMACION DEL ESPOSO(A)					
Nombre Completo	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Telefono (casa)	
Occupacion	Nombre del Empleador		Telefono (trabajo)	Telefono movil	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
Nombre de compania de seguro medico (primaria)			No. grupo	No. de ID/certificado	
Nombre del dueno de poliza (nombre del padre o madre si el paciente es un menor)			No. de seguro social		
Nombre de compania de seguro medico (secundario)			No. grupo	No. de ID/certificado	
Nombre del dueno de poliza					
INFORMACION DE EMERGENCIA					
Persona a quien llamar en caso de emergencia		Parentesco	Telefono (casa)	Telefono movil	
INFORMACION PARA EL PACIENTE					
<p>1. 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.</p> <p>2. Los pacientes con planes de salud de contrato deben presentar su tarjeta de identificacion de seguro a la recepcionista despues de completar este formulario. Algunos planes requieren una copago a la hora de servicio. Si el copago no se pago al momento del servicio se aplicara una tarifa de \$10. Algunos de los planes de contrato requieren que la demanda sea sometida por nuestra oficina.</p>					
<p>Solicitamos el pago al momento del servicio. Estamos contratados con algunas compañías de seguros y podemos facturarle directamente. Proporcione una copia de su tarjeta de seguro. Si usted es responsable de un copago / deducible, requerimos que su parte se pague al momento del servicio. Haremos todo lo posible para proporcionarle el monto exacto adeudado al final de su visita hoy. Sin embargo, sus registros médicos y de facturación serán revisados dentro de 1-2 días de su visita. Si hay alguna discrepancia en la codificación y facturación, recibirá una factura adicional o un reembolso si se le cobra de más.</p> <p>Por la presente autorizo a divulgación de cualquier información médica a las compañías de seguros necesarias para procesar un reclamo y solicitar que se envíe el pago a AthenaMed por los servicios médicos prestados. Autorizo a AthenaMed a divulgar cualquier registro médico con fines de derivación si es necesario. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro, y que se espera que pague si el seguro no ha pagado dentro de los 60 días.</p>					
Firma del Paciente/Guardián:		Relación:		Fecha:	



Record #: _____

Forma de Historia Medicinal de Paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Etnicidad: _____ Idioma preferido: _____

1. Medico que veia previamente: _____

2. Actualmente eres paciente suyo? Sí ____ No ____

3. Otros médicos que está/estaba viendo: _____

4. Alergias (incluyendo reaccion): _____

5. Liste todos los medicamentos recetados actuales (incluye dosis, razon por tomarla y quien lo receto): _____

6. Todos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos alimenticios que toma: _____

7. Has tenido (circule):

- problema de sangrado migrañas hepatitis mono úlcera
- tuberculosis coágulos de sangre lesión craneal drogadicción cálculos biliares
- alta presion sanguinea STDs convulsiones problemas de memoria enfermedad de tiroides
- cáncer Soplo cardíaco ansiedad gota hemorroides
- enfermedad del corazón depresión problemas de audición asma problemas estomacales
- diabetes problemas de la vista glaucoma ataque al corazón problemas de la piel

Otras preocupaciones que desea discutir con el medico: _____

8. Quien en su familia tiene/ha tenido (encierresi fue la causa de muerte y apunte edad):

Alcoholismo _____	Diabetes _____	enfermedad del corazón _____	Estomacales _____
Alergias _____	Drogadicción _____	alta presion sanguinea _____	enfermedad de tiroides _____
Asma _____	Trastorno genético _____	pérdida de memoria _____	Tuberculosis _____
Cáncer _____	Dolores de cabeza _____	enfermedad mental problemas _____	problemas de la vista _____

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

9. Estado civil? (circule) Soltero Casado Divorciado Apartado Relación a largo plazo Viudo(a)

Quien vive con usted? _____

Tiene hijo(s)? Si responde sí, lista nombres, edades, y cualquier problema medico _____
Sí ____ No ____

Donde trabajas/trabajabas? _____ En qué línea de trabajo estás? _____

Cuál es el último grado en la escuela que terminaste? _____



10. Hábitos: _____

Usó / usó tabaco? Tipo de tabaco (circule): Cigarrillos Cigarrillos electrónicos Cigarros Sin humo
Sí ____ No ____

Si es así, cuántos paquetes / cigarros / latas por día? _____

Cuándo fue la última vez que intentaste dejar de fumar? _____ Cuántas veces has intentado dejar de fumar? _____

Bebiste alcohol? Si es así, bebidas / día? _____ No. de años: _____ Año que dejaste: _____
Sí ____ No ____

Problema anterior o actual con alcohol? Sí ____ No ____

Usó / usó drogas? En caso afirmativo, cuáles? _____
Sí ____ No ____

Tiene antecedentes de abuso o adicción a medicamentos recetados? En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
Sí ____ No ____

Cuánta cafeína tomas por día? _____

Cada cuanto te ejercitas? _____ horas / semana Tipo de ejercicio: _____

Eres sexualmente activo? Sí ____ No ____ Con quien? HOMBRES MUJER AMBOS

Cómo es tu dieta? _____

11. Lista de cirugías que has tenido (incluye año, cirujano y hospital): _____

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

IMMUNIZACIONES/VACUNAS

Nombre	Tetanus/Tdap	Hepatitis A/B	Hib	HPV	Flu	MMR	Vacuna Meningocócica
Fecha							
Nombre	Neumonía	Polio	Varicela	Zoster	Prueba TB	X-Ray de pecho	Colonoscopia
Fecha							

¿Tiene alguno de los siguientes? (circule todos los que correspondan)

Testamento vital

Proxy de salud

POLST (Orden médica para tratamiento de mantenimiento de la vida)

Me gustaría obtener más información sobre los documentos anteriores. Sí ____ No ____

Mujer

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: _____ No. de abortos/abortos espontáneos: _____

Año(s) nacido: _____ Parto vaginal o cesárea? _____ Complicaciones? _____

Problemas con embarazos (circule): Trabajo de parto prematuro Toxemia Diabetes Presión arterial alta

Otra: _____

Método de control de la natalidad: _____

Fecha de ultimo papanicolaou _____ Resultado _____ Donde _____

Fecha de ultimo mamografía _____ Resultado _____ Donde _____

Tiene (circule):

periodo irregulares	mal menstrual obstáculo	períodos pesados	mamografía anormal	Papanicolaou anormal
dolor pelvico	esterilidad	dificultad sexual	Sofocos	sequedad vaginal
flujo vaginal	olor vaginal	picação vaginal	PMS	cambios en los senos



Responsabilidad del Paciente

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 seguro medico 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 medico. 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.

Si su compañía de seguros no cubre algunos o todos estos cargos, se le facturará directamente por el saldo que indican como "responsabilidad del paciente." No se podrá cambiar el código diagnóstico o el procedimiento para reprocesar la factura a su aseguranza. No podemos hacer un cambio una vez que se haya facturado el seguro.

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.

Se le puede cargar **un honorario administrativo de \$50.00** para llenar formularios tales como dpapeleo para discapacidad o seguro y solicitudes de registros médicos. Por favor esté enterado que estos servicios pueden requerir hasta siete a diez días laborables para completar.

Si su cuenta no se paga en total dentro de un plazo de 90 días, se le **aplicará un costo financiero por colección de 25% a su saldo** y su cuenta sera enviada a una compañía de colección para la continuacion del proseso. En caso de que su cuenta esté en coleccion no se le podra dar ninguna cita adicional hasta que sea traída al corriente.

Cheques que sean devueltos, del banco, por cualquier razón se les **aplicará un honorario administrativo de \$45.00** además de la cantidad original del cheque. Los cheques NSF se deben redimir con los fondos certificados y no se le permitiran más cheques como forma de pago.

Procuramos comunicarnos con cada paciente para recordarle de su cita; sin embargo, es la responsabilidad del paciente llegar para dada cita a tiempo. **AriaMed también reserva el derecho de cargar un honorario de-falta para los pacientes que faltan a su cita sin llamar a cancelar dentro del plazo de 24 horas antes de la cita.** El honorario de-falta es **\$25.00** y está conforme a cambio sin aviso.

Autorizo por este medio al médico para que proporcione cualquier y toda la información necesaria referente a mi diagnosis 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 mi.

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 del Paciente incluyendo Coleccion y Poliza de-falta**
- **Confidencialidad y Privacidad de Registros Médicos**

Firma del paciente/guarda

Fecha

Escribe el nombre del paciente en letras de molde



Autorización Para Divulgar Información Médica

Proporcionar A:
AriaMed

10 Harris Ct, Suite A2, Monterey, CA 93940
515 Alameda Ave, Suite D, Salinas, CA 93901

831.900.5115

1. Información a divulgar (marque todo lo que corresponda):

- Toda la información
 Todas las notas de progreso
 Informes de laboratorio
 Informes de rayos X
 Electrocardiograma (ECG)
 Registros de alergia
 Registros de inmunización
 Otro: _____

AUTORIZACIÓN ESPECIAL

Marque las casillas correspondientes y firme inmediatamente debajo

Al firmar a continuación, autorizo a la oficina a divulgar toda la información relacionada con:

<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> AIDS
----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

Nota: Si esta divulgación se refiere a información sobre alcohol, drogas o salud mental, tenga en cuenta que esta información se le ha revelado de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente una divulgación adicional por consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra La información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

2. Registros del período de tiempo: ____/____/____ through ____/____/____

3. Propósito de la divulgación (marque todo lo que corresponda):

- Atención médica continua
 Pago de reclamo de seguro
 Legal
 Personal
 Reclamación de indemnización laboral
 Otro: _____

4. Entiendo que esta autorización será válida por cinco años. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

5. Entiendo que se puede cobrar una tarifa razonable por la duplicación de registros. Una estimación de esos cargos se proporcionará a pedido antes de la duplicación.

6. El solicitante puede recibir una copia de esta autorización.

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Firma del Paciente/Guarda: _____ Fecha: _____

Sólo para uso de oficina:

MR #: _____ Date: _____ Initials of Staff Sending: _____



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 miríada 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.

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 requieren 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.

Si su compañía de seguros no cubre algunos o todos estos cargos, se le facturará directamente por el saldo que indican que es "responsabilidad del paciente". POR FAVOR NO PIDA VOLVER FACTURAR su seguro cambiando el procedimiento o los códigos de diagnóstico. No podemos hacer un cambio una vez que el seguro ha sido facturado.

Los servicios de laboratorio son proporcionados por Laboratory Corporation of America (Labcorp), SVMH, Palo Alto, Bioreference, etc. y no tienen afiliación financiera con AriaMed. Esto significa que el trabajo de laboratorio hecho es facturado enteramente por esas compañías individuales. Los servicios y facturación siguen siendo los mismos independientemente de si usted tenía esos servicios de laboratorio realizados en AriaMed o en un laboratorio externo. El servicio de laboratorio, por lo tanto, se ofrece como una comodidad para nuestros pacientes. Si se presenta una pregunta de facturación sobre el servicio de laboratorio, es responsabilidad del paciente dirigir esas preguntas al departamento de facturación del laboratorio y tenga en cuenta que no cambiaremos los códigos después de que se obtenga el servicio. Reconozco que he leído y entiendo la información anterior. Entiendo que seré financieramente responsable de los servicios que mi compañía de seguros indica que son "responsabilidad del paciente".

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."

Firma del paciente/guarda

Fecha

Escribe el nombre del paciente en letras
de molde