

Formulario de registro de pacientes

INFORMACION DEL PACIENTE			
Apellidos:		Nombre:	Inicial seg. Nombre Nombre anterior:
Fecha de Nacimiento:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Matrimonio anulado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Poligamo <input type="checkbox"/> Nunca antes casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> En proceso de divorcio	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Orientación sexual:(Opcional) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Prefiere no divulgar <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay u Homosexual <input type="checkbox"/> Hererosexual <input type="checkbox"/> Algo más por favor explique _____	
Identidad de género: (Opcional) <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> No exclusivamente Hombre ni Mujer		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Otro, por favor especificar: _____	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Amerindio o native de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	
Dirección:		Tipo de dirección: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Postal	Apartamento:
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Numero de seguridad social:	Teléfono celular: <input type="checkbox"/> Primario	Teléfono casa: <input type="checkbox"/> Primario	Teléfono de trabajo: <input type="checkbox"/> Primario
Dirección de correo electronico:			¿Podemos dejar un mensaje sobre su atención médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Método preferido para recibir mensajes de cortesía: <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Textos <input type="checkbox"/> Correo electronico		Si voz, por favor indicar el número preferido: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre de la farmacia preferida:		Dirección de la farmacia:	
Contacto de emergencia:		Relacion con el paciente:	Teléfono contacto de emergencia:
SEGURO DE SALUD PRIMARIO:		SEGURO DE SALUD SECUNDARIO:	
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre de la compañía de seguros:	
Número de identificación del asegurado:		Número de identificación del asegurado:	
Si el titular de la póliza es otra persona:			
Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
Relación del paciente con el titular de la póliza:		Relación del paciente con el titular de la póliza:	
<p>Certifico que he leído y estoy de acuerdo con la política de pago de Clínica Hispana. Soy elegible para el seguro indicado en este formulario y entiendo que el pago es mi responsabilidad, sin importar la cobertura del seguro. Por este medio asigno a Clínica Hispana todo el dinero pagado por mi seguro por concepto de gastos médicos relacionados con los servicios otorgados en un momento dado por Clínica Hispana, pero sin exceder mi deuda con ellos. Autorizo Clínica Hispana comunicar cualquier información médica a mi aseguradora o pagador terciario para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Comprendo que, de no pagar el saldo pendiente en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la cantidad adeudada, la deuda sera transferida a una agencia de cobro externo. Un cargo de \$20 por cheque devuelto aplicara para cheques devueltos por fondos insuficientes. Elijo recibir comunicaciones de Clínica Hispana a traves de mensajes de texto o email al numero o dirección indicada, incluyendo, pero no limitado a comunicaciones con relación a citas, tratamiento y pagos pendientes. Entiendo que los emails y textos pueden ser inseguros y hay un riesgo que pudieran ser leídos por alguna otra persona. BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Solicito que el pago de beneficiarios autorizados por Medicare se haga efectivo a Clínica Hispana. Autorizo a cualquiera que posea información médica acerca de mi persona, a revelar a CMS y sus agentes toda información necesaria para determinar tales beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.</p>			

He revisado una copia del Aviso de Confidencialidad de Clínica Hispana

Nombre y apellidos del paciente:	Firma del paciente:	Fecha:
----------------------------------	---------------------	--------

Nombre y apellidos del paciente					Fecha de nacimiento:					Firma:																			
HISTORIA MEDICA PERSONAL: ¿Usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?															<input type="radio"/> Ninguna														
<input type="radio"/> Enfermedad del corazon			<input type="radio"/> Falta de aire			<input type="radio"/> Vista / Glaucoma			<input type="radio"/> Diabetes			<input type="radio"/> Colesterol alto			<input type="radio"/> Asma			<input type="radio"/> Convulsiones			<input type="radio"/> Riñones								
<input type="radio"/> Presion arterial alta			<input type="radio"/> Tos			<input type="radio"/> Stroke			<input type="radio"/> Vejiga			<input type="radio"/> Presion arterial baja			<input type="radio"/> Sinusitis			<input type="radio"/> Dolor de cabeza/Migrañas			<input type="radio"/> Hepatitis								
<input type="radio"/> Acides estomacal (reflujo)			<input type="radio"/> Alergias estacionales			<input type="radio"/> Problemas neurologicos			<input type="radio"/> Artritis			<input type="radio"/> Anemia/problemas de sangre			<input type="radio"/> Tonsilitis			<input type="radio"/> Depresion / Ansiedad			<input type="radio"/> Osteoporosis								
<input type="radio"/> Inflamacion en las piernas			<input type="radio"/> Problemas en los oidos			<input type="radio"/> Atension siquiatica			<input type="radio"/> Ulceras / colicos			<input type="radio"/> Enfermedad respiratoria			<input type="radio"/> Efisema			<input type="radio"/> Otros: _____											
<input type="radio"/> Cancer: _____			<input type="radio"/> Problemas de tiroides																										
HISTORIAL QUIRURGICO: Marque cualquier procedimiento o cirugia que haya tenido en el pasado.															<input type="radio"/> Ninguna														
					Año de cirugía										Año de cirugía														
<input type="radio"/> Cataratas										<input type="radio"/> Cirugia de espalda (lumbar)																			
<input type="radio"/> Cirugia senos nasales										<input type="radio"/> EGD (Endoscopia estomacal)																			
<input type="radio"/> Cirugia de cuello										<input type="radio"/> Colonoscopia																			
<input type="radio"/> Bypass coronario										<input type="radio"/> Cirugia de cadera <input type="radio"/> Izq <input type="radio"/> Der																			
<input type="radio"/> Stent coronario										<input type="radio"/> Cirugia de rodilla <input type="radio"/> Izq <input type="radio"/> Der																			
<input type="radio"/> Cirugia de corazon										<input type="radio"/> Vasectomia																			
<input type="radio"/> Cirugia de senos <input type="radio"/> Izquierdo <input type="radio"/> Derecho										<input type="radio"/> Extirpacion de ovarios																			
<input type="radio"/> Cirugia apendice										<input type="radio"/> Histerectomia total																			
<input type="radio"/> Cirugia Vesicula Biliar										<input type="radio"/> Histerectomia parcial																			
Otra:																													
HISTORIA MEDICA FAMILIAR: Indique qué familiar ha tenido laguna de las siguientes endermedades.																													
<input type="radio"/> Ninguna		Fallecido	Presion arterial alta	Enfermedad cardiaca	Diabetes	Cancer	Asma	Fiebre de heno	Artritis	Enfermedad renal	Glaucoma	Stroke	Migraña	Enfermedad mental	Alcoholismo	Sangramiento	Anemia	Psoriasis	Eczema	Alergias	Colesterol alto								
Padre																													
Madre																													
Hermano(s)																													
Hermana(s)																													
Pariente materno																													
Pariente paterno																													
HISTORIA SOCIAL																													
Consumo de tabaco:											Consumo de alcohol:																		
¿Usted fumar? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No											¿Usted consume alcohol? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No																		
Si No:											Si Si:																		
Hasta fecha: _____ ¿Cuántos paquetes fuma por día? _____											¿Cuántos tragos a la semana? _____																		
Si Si:											<input type="radio"/> Cerveza <input type="radio"/> Vino <input type="radio"/> Licor																		
Medicamento					Dosis					Frecuencia					Medicamento					Dosis					Frecuencia				
Alergias a medicamentos:																													

Formulario de consentimiento del pacientes

(Por favor lea y firme)

Yo, el firmante, acepto por lo siguiente:

- Administración y realización de todos los tratamientos.
- Administración de anestésicos que sean necesarios.
- Realización de los procedimientos que se consideren necesarios o convenientes en el tratamiento de sus pacientes.
- Uso de medicación prescrita.
- Toma de muestras y utilización de cultivos.
- Realización de prueba de laboratorio médicamente aceptada que pueda considerarse médicamente necesaria o aconsejable según el criterio del médico tratante o sus designados.

Entiendo perfectamente que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.

Acepto que este consentimiento continúe en su naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocado por escrito.

Entiendo que Hispanic Health Enterprises, LLC incluye el consentimiento en oficinas satélite bajo propiedad común.

Yo, el abajo firmante, reconozco que Hispanic Health Enterprises, LLC puede usar mi información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

El tratamiento incluye, entre otros, la administración y desarrollo de todos los tratamientos, la administración de cualquier anestésico necesario, el uso de medicamentos recetados y la realización de los procedimientos que se consideren necesarios o convenientes en el tratamiento de este paciente, como los procedimientos de diagnóstico, toma y utilización de cultivos y de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptadas, todas las cuales bajo el juicio del médico tratante o sus designados asignados, puede considerarse médicamente necesario o aconsejable.

La autorización de pagos incluye, pero no se limita a: la autorización de pago directamente a Hispanic Health Enterprises, LLC de los beneficios que de otra manera se me pagarían. Por la presente autorizo la divulgación de mis registros médicos a terceros aseguradores, a personas autorizadas que requieren divulgación para establecer o cobrar una tarifa por los servicios prestados, tales como servicios de facturación y cobro, pagadores de seguros, aseguradores de accidentes automovilísticos o lesiones relacionadas con el trabajo, a mi empleador o persona designada. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta autorización. Reconozco que los registros médicos de pacientes pueden almacenarse electrónicamente y estar disponibles a través de redes informáticas.

Las operaciones de atención médica incluyen, entre otras, la divulgación de mi información médica a cualquiera de mis médicos y sus consultorios o compañías de seguros que participan en mi atención o tratamiento.

Entiendo completamente que este consentimiento incluye específicamente la divulgación de información médica relacionada con afecciones relacionadas con drogas, alcoholismo, afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas y / o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, las enfermedades de transmisión sanguínea y sexual.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Me opongo a la divulgación de mi información de salud privada a las siguientes personas:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Reconozco que he revisado el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, si tengo preguntas o quejas, debo comunicarme con el Oficial de Privacidad (Administrador). Notificare a esta oficina en caso que esta información cambie. Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntariamente a su contenido.

Firma del paciente (o parte responsable)

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

HOJA DE EDUCACION DE SERVICIOS PREVENTIVOS

La promoción de estilos de vida saludables y la identificación temprana de riesgos potenciales para la salud lo beneficiarán y son importantes para nosotros. De acuerdo con las pautas actuales de la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), hemos reunido la siguiente información para su orientación. Lea esta hoja de educación preventiva y siéntase libre de discutir cualquiera de los temas con su médico. Solo usted puede tomar las acciones apropiadas para mantener su salud y bienestar.

I. CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Dieta y ejercicio

Una dieta saludable y el ejercicio regular son las formas más efectivas de mantener una buena salud, longevidad y aumentar su calidad de vida. Elija una dieta baja en grasas saturadas, colesterol, azúcar y sal; coma muchas verduras, frutas, granos que proporcionan vitaminas, minerales y fibras, carnes magras, pastas, etc. Veinte minutos de ejercicio, tres veces a la semana (es decir, caminar, nadar, etc.) mantendrá su corazón y huesos sanos.

Abuso de sustancias

Se sabe que el consumo de tabaco causa enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y cáncer de pulmón. El consumo excesivo de alcohol se asocia con muchas enfermedades, como el cáncer, la enfermedad hepática y el juicio deficiente (como en la conducción). El uso de drogas ilícitas tiene muchos riesgos, como el SIDA, la hepatitis, los problemas cardíacos y los trastornos mentales y sociales.

Comportamiento sexual

Ciertas prácticas sexuales (es decir, promiscuidad, relaciones sexuales sin protección) pueden exponerlo a enfermedades potencialmente fatales como el SIDA, las enfermedades de transmisión sexual (enfermedades de transmisión sexual) y otras infecciones comunes.

Exposición excesiva al sol

Causa cáncer de piel. Siempre use protector solar cuando se exponga al sol. cuanto mayor sea el SPF (factor de protección solar) que utilice, mayor será el nivel de protección contra los rayos ultravioleta.

Prevención de lesiones

Aproveche los muchos productos seguros que son importantes para prevenir lesiones graves. Estos incluyen cinturones de seguridad, cascos de bicicleta y otros equipos de protección, hábitos de trabajo seguros (levantamiento de flexión, etc.) detectores de humo, armas de fuego, prevención de venenos, prácticas de agua segura para adultos y niños, capacitación en RCP para miembros de la familia, etc.

Salud dental

Cepille y use hilo dental regularmente. Consulte a su dentista para visitas de rutina cada seis meses.

II. DIRECTIVAS AVANZADAS

Un documento, también llamando testamento en vida, que informa a su familia y a los médicos que usted desea, en caso de que usted quede incapacitado y no pueda tomar decisiones con respecto a su atención médica.

¿Has preparado un testamento en vida? Si no _____

Firme a continuación y reconozca que ha leído y comprendido esta información.

Nombre completo

Firma

Fecha de firma



- 4990 Golden Gate Pkwy, Naples, FL 34116-6992 Ph: (239) 692-8309 Fax: (239) 692-8504
- 11550 Tamiami Trail East, Naples, FL 34113-7906 Ph: (239) 529-3045 Fax: (239) 529-3546

¡ATENCIÓN!

**** Referidos ****

Los referidos requieren al menos 7-10 DÍAS LABORALES para completarse. Es responsabilidad del paciente informar al personal de la oficina sobre cualquier cita próxima con un especialista. Solicitudes de último minuto ya no se aceptarán a menos que sea una VERDADERA EMERGENCIA MÉDICA.

*** He leído y entiendo esta política. Entiendo que, al aceptar esta política, soy responsable de informar al personal de la oficina en un plazo de 7 a 10 días ANTES de mi cita, brindando la siguiente información:

- Nombre del médico
- Día de la cita
- Información del seguro

**** Cancelación de citas ****

Una cita en nuestras oficinas es un contrato de tiempo reservado para su tratamiento con todo nuestro personal de oficina a su disposición.

Cuando un paciente no asiste a una cita programada, el médico pierde tiempo y debe esperar al siguiente paciente programado. Sin embargo, si se da previo aviso, podremos acomodar a otro paciente en ese horario.

Se requiere un aviso de 24 horas antes, en caso que no pueda asistir a su cita. Cobraremos una penalidad de \$30.00 por incumplimiento de citas sin previo aviso.

Gracias por su cooperación,

*** He leído y entiendo esta política. Entiendo que, al aceptar esta política, soy responsable de informar al personal de la oficina 24 horas antes de mi cita programada, en caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla.

Firma

Fecha de firma

Nombre y apellido