



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente			Numero de Seguro Social		
Fecha de Nacimiento	Estado Civil S C D V P		Direccion		
Numero de Telefono	Podemos dejar mensaje? Si No		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Direccion Electronica			Empleador / Ocupacion		
Telefono Mobil o Pager			Numero Telefonico del Trabajo Podemos dejar mensaje? Si No		
Contacto de Emergencia		Relacion		Numero Telefonico	
Medico Familiar			Seguro Medico		
Farmacia (entre dos calles)			Nombre de su Seguro Medico _____		
Como fue referido a nuestra oficina?			ID # _____		
<input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Paso por Aqui <input type="checkbox"/> Pajinas Amarillas <input type="checkbox"/> Otro _____			Group # _____		
			Numero de Telefono _____		

Nombre del la Persona Asegurada y/o Información de la Persona Responsable

Nombre			Numero de Seguro Social		
Fecha de Nacimiento	Relacion al Paciente		Direccion (solo si es diferente a la de arriba)		
Numero de Telefono			Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero Telefonico del Trabajo			Empleador		

Asignacion de Beneficios

Por este medio autorizo la asignacion de beneficios (pagos) directamente a Excel Immediate Medical Care para todas mis reclamaciones de seguro relacionadas con servicios recibidos.

Firma de la Persona Responsable:: _____

Fecha _____

Liberación de Archivos Medicos

Autorizo la liberacion de cualquier information medica necesaria para el procesamiento de reclamaciones con mi compania de seguro o empleador (si se accidente en el trabajo). Permito una copia de esta autorizacion ser usada en el lugar de la original.

Firma de la Persona Responsable:: _____

Fecha _____



POLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE

Para reducir qual quier confusion o mal entendidos entre nuestros pacientes y oficina. Hemos adoptado las siguientes polizas financieras. Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a estas polizas, favor de hablar con la oficina. Somos dedicados al suministro de cuidado mejor posible y servicio y consideramos su entendimiento completo de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

A menos que otros arreglos hayan sido hechos de antemano por usted o por su portador de seguro medico, el pago total es debido en el momento del servicio. Para su conveniencia aceptamos pago en efectivo y las siguientes tarjetas de credito, Visa, Master Card etc

Pacientes de paga en efectivo, requeremos \$120.00 de deposito que seran aplicados a su saldo de su consulta.

Su Aseguranza Medica

- Nosotros hemos hecho arreglos previos con muchos planes de seguro medico y aseguranzas para aceptar asignacion de beneficios. Esto significa que nosotros le mandaremos el cobro por sus servicios a tales planes y solamente necesitaria pagar su porcion de pago o co-pay al momento del servicio.
- En caso de que no podamos verificar sus beneficios de seguro medico mientras usted este en nuestra oficina. O si usted no tiene cobertura medica con un plan para el cual no tenemos un arreglo previo, esperaremos el pago en su totalidad en al momento de servicios.
- Firmando esta forma, usted nos autoriza para cargar a su tarjeta de credito cuaquer balance que su compania de seguro medico no cubra o juzgue ser su responsabilidad. No enviamos estados de cuenta o facturas. Un recibo le sera enviado y su informacion de tarjeta de credito sera destruida.

Pacientes Menor de Edad

- Para todos los servicio dados a pacientes menores de edad, el adulto que acompaña al paciente y el padre o guardian con custodia para pago

He leído y entiendo la poliza financiera del paciente. Y consiento en estar ligado por sus terminos. Tambien entiendo y estoy de acuerdo que la oficina puede enmendar tales terminos de vez en cuando. En caso de que su cuenta como resultado despues, deba ser colocada con un abogado o una agencia de coleccion de pago, sere responsable de todos costos de el abogado y honorarios de agencia de coleccion incurridos

Nombre del paciente imprento

Firma del paciente o persona responsable

Fecha de nacimiento

Fecha



RECONOCIMIENTO DE REVISION DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He repasado el aviso de esta oficina de las practicas de privacidad, que explica como mi informacion medica sera utilizada y divulgada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o del Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o del Representante Personal

Descripcion de la Autoridad del Representante Personal

Tienen mi permiso para hablar de mis cuentas medicas con:

Nombre

Quien es la persona



¿Cual es la razon de su visita de hoy? _____

¿Tiene usted alguna alergia? (Ambiental y o Medicamentos) Si No

De ser así, explique: _____

¿Alguna vez a tenido una reaccion a Novacaine. Lidocaine, vendas. o antibioticos topicales? Si No

¿Esta usted embarazada? Si No ¿Esta usted amamantando? Si No

Por favor anote los medicamentos que usted este ahorita tomando (incluyendo recetas. medicamentos libres en la farmacia, vitaminas, y suplementos herbarios)

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Alguna vez a tenido o acualmente tiene:

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Bronquitis | <input type="radio"/> Si | Cancer | <input type="radio"/> Si | Infección de Via Urinaria | <input type="radio"/> Si |
| Rhinitis Alergica | <input type="radio"/> Si | Aneurisma Aortica | <input type="radio"/> Si | Prostata Agrandada o Infección | <input type="radio"/> Si |
| Sinusitis | <input type="radio"/> Si | Embolios/ TIA | <input type="radio"/> Si | Infecciones Pelvicas | <input type="radio"/> Si |
| Infección de Oidos | <input type="radio"/> Si | Anciedad | <input type="radio"/> Si | Quistes en los Ovarios | <input type="radio"/> Si |
| Emphysema/ COPD | <input type="radio"/> Si | Desorden Bipolar | <input type="radio"/> Si | Enfermedad Transmitida Sexualmente | <input type="radio"/> Si |
| Asma | <input type="radio"/> Si | Reflujo Acido | <input type="radio"/> Si | Migrañas o Dolores de Cabeza | |
| Enfermedad Pulmonaria | <input type="radio"/> Si | Agruras | <input type="radio"/> Si | que se Repiten | <input type="radio"/> Si |
| Alta Presión | <input type="radio"/> Si | Problems de la Espalda | <input type="radio"/> Si | VIH, Hepatitis | <input type="radio"/> Si |
| Enfermedad Cardiaca | <input type="radio"/> Si | Diabetes | <input type="radio"/> Si | Enfermedad de Tiroides | <input type="radio"/> Si |
| Alto Colesterol | <input type="radio"/> Si | Enfermedad de Ulcera Peptica | <input type="radio"/> Si | Gota | <input type="radio"/> Si |
| Inflamación de Vena | <input type="radio"/> Si | Pancreatitis | <input type="radio"/> Si | Artritis | <input type="radio"/> Si |
| Coagulación de Sangre/ DVT | <input type="radio"/> Si | Diverticulosis Intestinal | <input type="radio"/> Si | Collonturas Artificiales | <input type="radio"/> Si |
| Desorden do Sangrados | <input type="radio"/> Si | Enfermedad de Vesicula Biliar | <input type="radio"/> Si | Fibromyalgia | <input type="radio"/> Si |
| Desmayos | <input type="radio"/> Si | Enfermedad de Higado o Vejiga | <input type="radio"/> Si | Desordenes de la Piel | <input type="radio"/> Si |
| Convulsiones | <input type="radio"/> Si | Infeccion de Riñon o Calculus Renales | <input type="radio"/> Si | ¿Inmunización al Corriente? | <input type="radio"/> Si |
| Anemis | <input type="radio"/> Si | Enfermedad de Riñon/ Fallo/ Dialisis | <input type="radio"/> Si | | |

No tengo ninguna historia de problemas medicos significativos Si

Anote cualquier otra enfermedad o condición en una lista: _____

Cirugias:

- Apendectomia Vesicula Biliar Espalda Corazón Si No
- Marcapasos Histerectomia Tonsilectomia Favor de explicar: _____

Historia Social:

- ¿Usted toma alcol o alguna vez a tomado alcol? Si No Que tanto: _____
- ¿Usted fum o alguna vez a fumado o usado tabacco? Si No Que tanto: _____
- ¿Usted toma o usa drogas (Incluyendo Marijuana)? Si No

Historia Medica de su Famifia

	Ninguno	Diabetes	Alta Presion	Enfermedad del Corazon	Otra
Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hermana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hermano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Nombre del Paciente _____

Fecha ____ / ____ / ____



COMPREHENSIVE REVIEW OF SYMPTOMS

Please fill in **YES** circles that apply to you **today**

Genitourinaria de la mujer

- Ciclo menstrual doloroso Si
Dolor pelvico Si
Periodos irregulares Si
Comeson vaginal Si
Desecho vaginal abnormal Si

Musculoskeletal

- Rigidez conjunta Si
Dolor conjunto Si
Hinchazon conjunta Si
Dolor de espalda Si
Dolor de cuello Si
Musculos adoloridos Si

Constitucional

- Perdida de apetitoss Si
Fiebre Si
Debilidad Si

ONG (ENT)

- Sangrados de nariz Si
Dolor de garganta Si
Dolor de oidos Si

Cardiologia

- Dolor depecho Si

Gastroenterologia diarrhea

- Vomito Si
Extreñimiento Si
Nausea Si
Dolor abdominal Si

Dermatologia

- Comeson Si

Endocrinologia

- Sed excesiva Si
Sudor excesivo Si
Intolerencia al frio Si
Intolerencia al calor Si

Neurologia

- Dolor de cabeza Si
Hormigueo o entumecimiento Si
Mareos Si

Ophthalmologia

- Desecho de lo onos Si
Vision borrosa Si

Respiratorio

- Dificultad en respirar Si
Tos Si
Congestion Si

Allergia

- Congestion nasal Si
Comeson de ojos Si
Estornudo Si

Hematologia/lymph

- Glandulas inflamadas Si
Fatiga Si

Urologia

- Dificultad para orinar Si
Sangre en la orina Si
Orina frecuente Si
Incontinencia urinaria Si

Otra _____