



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 dueno de poliza (o nombre del padre o madre si el paciente es un nino de seguro social) | | | Fecha de nacimiento | No. | |
| Nombre de compania de seguro medico (segundo) | | | 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) | Celular |
| 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 llenar este formulario. Algunos planes requieren una cuota a la hora de servicio. Algunos de los planes de contrato requieren que la demanda sea sometida por nuestra oficina</p> | | | | | |
| Firma: _____ | | | Fecha: _____ | | |



Forma de Historia Paciente-Pediatrico

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Medico que veia previamente: _____

Problemas medicos actuales: _____

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): _____

Lista de algun hueso quebrado o fractura (incluye hueso lastimado y el año. _____

Ha tenido el nino (encierre):

| | | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------|
| problema de alimentación | ictericia | asma | anemia | sangramiento |
| coagulos de sangre | lesion en la cabeza | reflujo de ácidocólico | estreñimiento | ataques |
| pulmonia | eczema | infección de garganta | heart murmur | alergias temporal |
| envenenamiento por plomo | varicela | intolerancia a la lactosa | depresion | mononucleosis |
| enfermedad mental | problemas auditivo | problema de vista | infeccion de oido, cuantos _____ | |
| infecciones mayor | otro problema _____ | | | |

Vacunas (verifica uno): al corriente _____ tardía _____ He elegido no vacunar a mi hijo _____

Historia del parto

Complicaciones de embarazo o parto? _____ Parto normal o prematuro? _____ Gemelos? _____

Cuantas semanas/meses? _____ Tipo de parto (vaginal/cesarea) _____ Peso al nacer? _____

Alimentado por pecho o biberon (enciere uno), hasta que edad? _____



Forma de Historia Paciente-Pediatrico

Quien en su familia tiene/ha tenido (encierresi 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 en casa? _____

Quien cuida el niño(a) la mayoría del tiempo? _____ Quien mas cuida el niño(a)? _____

Asiste su niño(a) a (encierre todos que apliquen)? niñera _____ preescolar _____ escuela _____ estudia en casa _____

Tiene algun preocupacion sobre la seguridad de su niño(a)? _____

Aproximadamente cuantas horas al dia mira television o usa computadora su niño(a)? _____

Usa (encierre uno) cinturon _____ asiento de bebe _____ ninguno _____ Hay pistolas/armas de fuego en casa? _____

Monta bicicleta su niño(a)? _____ si responde si, usa casco? _____

Usa bloqueador solar su nino(a)? _____ Tienen alberca en casa? _____ Cerco o alarma de alberca? _____

Describir dieta de su niño(a). _____

Tiene algun preocupacion por el peso de su niño(a)? _____

Tiene algun preocupacion por el modo de respirar de su niño(a)? _____

Tiene algun preocupacion con el entrenamiento del acto de orinar y de defecar? _____

Tiene algun preocupacion por el estudio o aprendizaje de su niño(a)? _____

Tiene algun preocupacion por el comportamiento de su niño(a)? _____

Otra cosa que nos quiera dejar saber de su niño(a)? _____

Firma y 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 mandará un cobro por servicios rendidos por nuestros doctores. Los laboratorios son entidades separadas 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 médica de alta calidad para nuestros pacientes, es nuestra primera prioridad. Estamos más 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 Pinnacle Family Medicine 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 \$35.00** 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.

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 será enviada a una compañía de colección para la continuación del proceso. En caso de que su cuenta esté en colección no se le podrá 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 \$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 de su cita; sin embargo, es la responsabilidad del paciente llegar para cada cita a tiempo. Pinnacle Family Medicine 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 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 Respetto a Los Registros Médicos**
- **Responsabilidad Financiera del Paciente incluyendo Coleccion y Poliza de-falta**
- **Confidencialidad y Privacidad de Registros Médicos**

Firma

Fecha

Escribe su nombre en letras de molde



Autorización Para Divulgar Información Médica

Nombre De Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Proporcionar A:
Pinnacle Family Medicine
14044 W Camelback Rd Ste 126
Litchfield Park, AZ 85340
623-935-9602 fax
623-935-9600 office

3. **INFORMACION PARA SER PROPORCIONADA:** (Compruebe todos aplicables)

- Toda La Informacion
- Todas Las Notas De Progreso
- Expedientes de Laboratorio
- Expedientes de Radiografia
- Electrocardiograma (ECG)
- Expedientes de Alergia
- Expedientes de las Inmunizaciones
- Other: _____

Autorización Especial: Compruebe cada caja applicable y firme en la linea inmediata
 Con mi firma a continuar, autorizo a la oficina para que proporcione toda mi informacion con respecto a:

Alcohol Drogas Salud Mental Enfermedad de Transmición Sexual HIV Sida

Note: If this release pertains to alcohol, drug, or mental health information, please note that this information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless additional further disclosure is expressly permitted by written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

4. **Expediente del Periodo:** / / hasta / / _____

5. **Proposito de Acceso:** (Compruebe todos aplicables)

- Asistencia Médica
- Pago de el Caso con la Aseguranza
- Legal
- Personal
- Demanda de la Remuneración de los Trabajadores
- Otro: _____

6. Entiendo que esta autorización será válida por cinco años. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento a menos que hasta el punto de la acción ya se haya tomado.

7. Entiendo que un honorario razonable se puede cargar para la duplicación de expedientes. Una estimación de éste cargo será proporcionado a petición antes de la duplicación.

8. El solicitante puede ser proporcionado una copia de esta autorización.

Firma de Paciente/Guarda: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajp: _____

For office use only:

| MR# | Date | Initials of Staff Member 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.

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 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. 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 Pinnacle Family Medicine. 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 su nombre en letras de molde

Firma

Fecha