

Document # DMGS1020

Acct #: _____

Información de paciente:

Fecha: _____

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

SSN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de casa: _____ Numero de celular: _____ Numero de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado de relación: Casado(a) Solero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Identidad de Género: Masculino Femenino Femenino-a- Masculino
 Masculino- a- Femenino Otro: _____

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro: _____

Raza: Blanco/caucásico Americano Africano Indio Americano Asiático
 Islas del pacifico Otro No contestar

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino No contestar

Idioma: Inglés Español Otro No contestar

Fuma: Nunca Actualmente todo los días Actualmente algunos días Ex
 Fumador de tabaco pesad Fumador de tabaco rubi No contestar

Farmacia de preferencia: _____ Ubicación: _____ Numero: _____

Contacto de emergencia: _____ Numero: _____ Relación: _____

Información de seguro medico:

Compañía de seguro: _____ ID #: _____ Numero de grupo: _____

Dirección de Seguro: _____

Información del poseedor de seguro:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es diferente): _____

Yo certifico que toda la información anterior es correcta y al día.

Nombre escrito: _____ **Firma:** _____

AUTORIZACION PARA INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Esta autorización concede permiso para los partidos nombrados abajo que: tengan acceso a información médica, resultados de laboratorio, resultados de exámenes, y comunicación por teléfono; recoger medicamentos, referencias, y notas; tener conocimiento de mi diagnóstico, pronóstico, y plan de tratamiento; y tener acceso a mi información financiera.

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo doy solicitud y autoridad a _____ Rocky Run Family Medicine _____ para dar información de salud del paciente nombrado arriba:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Numero privado donde mensajes de voz se pueden dejar: _____

Marque aquí si no autoriza a alguien a tener acceso a su información

Yo entiendo que esta autorización (marque uno):

- Expira un año de la fecha firmada por el paciente
- Sea efectivo por toda la vida del paciente a menos que se revoque en escritura
- Sea efectivo hasta _____

Esta solicitud y autorización aplica a:

Información de salud pertinente al siguiente tratamiento, condición, o fechas:

Toda información de salud (excepto como se indica abajo)

Otro: _____

Definición: Enfermedades de transmisión sexual (STD) es definido por ley, RCW 70.24 et seq., incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no especifica, sífilis, laboratorio de investigación de enfermedades venereas (VDRL), cancroide, linfogranuloma venereuem, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y gonorrea.

Si No Yo autorizo la solicitud de mis resultados con información de enfermedades de transmisión sexual (STD), examenes VIH/SIDA, sean negativos o positivos a la persona (s) mencionada anteriormente.

Si No Yo autorizo la solicitud de cualquier archivo respecto drogas, alcohol, o tratamiento de salud mental a las personas mencionadas anteriormente.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Responsabilidad Financiera

Por cortesía, Rocky Run Family Medicine enviamos reclamos al seguro primario y en muchos casos, al seguro secundario. No mandamos reclamos a seguros de auto por accidentes automovilísticos. Si tiene una visita debido a compensación del trabajo, favor de proveernos con información de la compañía para que su visita al consultorio no sea mandada a su propio seguro. Es fraude de falsificar o infórmalos mal de su policía de seguro o tarjeta de seguro.

Es responsabilidad del paciente de pagar cualquier copago, coseguro, deducible, y cargos rechazados del seguro asociados con su visita.

Copagos están contractualmente debidos a la hora de servicio. Si su copago no es pagado la hora de su cita, usted es responsable por su copago más un cobre adicional de \$15.

Ha sido nuestra póliza desde el 2006 que, al perder, cancelar o cambiar una cita entre 24 horas, están sujeto a cargos adicionales. Una copia de nuestra póliza completa está disponible al pedido.

Yo entiendo que copagos, coseguros, deducibles, y cargos rechazados son mi responsabilidad. _____

Yo entiendo la póliza por perder, cancelar, cambiar, y llegar tarde a una cita. _____

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Forma de consentimiento a HIPAA

Yo entiendo que, como parte de mi cuidado de salud, Rocky Run Family Medicine se mantiene archivos de salud describiendo historial de salud, síntomas, examinación y resultados de examen, diagnósticos tratamiento y cualquier plan y cuidado y tratamiento en el futuro. También entiendo que esta información sirve como:

- Un basis en planificación de mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los proveedores que aportan a mi cuidado
- Fuente de información en aplicando mi información de cirugía y diagnósticos
- Un medio en la cual un pagador de partida tercera puedo verificar los servicios cobrados realmente fueron proveídos
- Una herramienta para operaciones de cuidado de salud rutinas, como teniendo acceso a calidad y revisando competencia

Yo entiendo que tengo acceso a un aviso de prácticas de privacidad de HIPAA que dispone una descripción más completa de usos de información y revelaciones. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que la práctica tiene derecho a cambiar el aviso y prácticas. También entiendo que tengo el derecho en restringir como mi información de salud personal sea usada o revelada para implementar tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud, y que la práctica es obligada a estar de acuerdo con las restricciones pedidas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito. Cualquier paciente, guardián, o representante personal tiene el derecho a pedir que reciben comunicación confidencial de mi información de salud personal. Dichas solicitudes deben estar en escritura y la práctica debe acomodar solicitudes razonables.

Con mi consentimiento, Rocky Run Family Medicine puede mandar correo a mi hogar o otra ubicación designada cualquier recordatorio de cita u otras correspondencias marcadas personales y confidenciales que asistan la practica en llevar a cabo tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud.

Firmando esta forma, estoy dando mi consentimiento a Rocky Run Family Medicine para usar y revelar mi información privada de salud para implementar tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud.

Yo puedo revocar mi consentimiento en escritura.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Historial Médico del Paciente

Por favor indique si actualmente tiene o ha tenido lo siguiente:

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Dolor de cabeza, migrañas				Hernia			
Epilepsia, Convulsiones				Enfermedad de vesícula biliar			
Depresión				Infecciones de vejiga			
Ansiedad				Incontinencia			
Cuestiones de salud mental (detalles específicos)				Problemas de próstata			
Insomnia				Enfermedad de riñones			
Apnea de sueño				Enfermedades de transmisión sexual			
Perdida de la audición				VIH/SIDA			
Zumbido en oídos				Hepatitis			
Glaucoma/Cataratas				Disfunción sexual			
Alergias a alimentos				Disfunción menstrual			
Enfermedad de tiroides				Infertilidad			
Mareos/ Desmayos				Artritis			
Vértigo				Osteoporosis			
Dolor de pecho				Dolor de cuello			
Murmulo de corazón				Dolor de espalda			
Enfermedad de corazón				Dolor de pierna/ Hinchazón			
Presión alta / baja (cual)				Bursitis/Tendonitis			
Problemas con circulación				Erupción crónica			
Tendencia de sangrado / coagulación				Diabetes			
Anemia				Cancer			
Transfusión de sangre				Perdida de peso			
Asma				Aumento de peso			
Pneumonía				Sarampión			
Tuberculosis (TB)				Paperas			
Úlcera Gástrica				Varicela			
Irregularidad de intestino				Tos ferina			
Sangrado rectal				Polio			
Hemorroides				Tetanus			
				Cualquier otra enfermedad no listada			

Historial Social

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Fumar (cuantos por día y cuantos años)				Uso de cafeína (cuanto)			
Alcohol (frecuencia y cantidad)				Ejercicio fuera de actividades diarias (que/con que frecuencia/duración)			
Uso de drogas				Esta estresado(a)			
Tiene niños (cuántos /sexo/año de nacimiento)				Esta empleado (ocupación)			
Vive solo							

Historial de cirugía

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Timpanostomía				Cirugía de espalda			
Apendectomía				Histerectomía			
Cirugía de vesícula biliar				Reemplazamiento de cadera			
Cirugía del Corazon (indique que tipo)				Cirugía de rodilla			
Amigdalotomía				Reparamiento de cataratas			
Cirugía de senos de la cara				Cualquier otra cirugía no listada (incluye solo fecha y año o cirugía)			

Historial Familiar

Si la respuesta es si, por favor incluye quien en la familia

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Asma				Epilepsia			
Enfermedad del Corazon (edad de primer evento)				Desorden sangrante			
Presión alta				Enfermedad de riñones			
Colesterol elevado				Enfermedad de tiroides			
Derrame cerebral				Enfermedad mental			
Cancer (tipo, edad)				Osteoporosis			
Glaucoma				Artritis			
Diabetes				Cualquier otra enfermedad no listada			

Para Mujeres

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Edad de la primera menstruación				Prematuro			
Duración de ciclo (# de días de primer día de menstruación al primer día de siguiente menstruación)				Nacimiento de un niño(a) muerta			
Duración de menstruación				Aborto espontaneo			
Fluido de menstruación				Abortos			
Incomodidad				Embarazo tubal			
Síndrome pre-menstrual				Complicaciones con elembarazo			
Número de embarazos				Parto vaginal (que año(s))			
Nacimiento a término completo				Cesaría (que año(s))			

Medicamentos

Por favor indique los medicamentos que actualmente está tomando: _____
