



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 |
| Correo Electronico: | | Telefono (casa) | | Telefono (trabajo) | | Telefono movil |
| No. de seguro social | | Sexo | Estado Civil | Fecha de nacimiento | No. de 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: __ Telefono (casa) __ Telefono (trabajo) __ Celular __ Correo __ E-mail | | | | Esta bien dejar mensaje en contestador automatico/voicemail? Si __ No __ | | |
| ¿Necesitas un intérprete? Si __ No __ | | | ¿Tiene problemas de audición? Si __ No __ | | | |
| INFORMACION DEL ESPOSO(A) | | | | | | |
| Nombre Completo (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)(s) | | | | Telefono (casa) | | |
| Ocupacion | 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 dueño de poliza (nombre del padre o madre si el paciente es un menor) | | | Fecha de nacimiento | No. de seguro social | | |
| Nombre de compania de seguro medico (secundario) | | | No. grupo | No. de ID/certificado | | |
| Nombre del dueño de poliza | | | | | | |
| INFORMACION DE EMERGENCIA | | | | | | |
| Persona a quien llamar en caso de emergencia | | | Parentesco | Telefono (casa) | Telefono movil | |
| INFORMACION PARA EL PACIENTE | | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none">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.Los pacientes con planes de salud de contrato deben presentar su trajeta de identificacion de seguro a la recepcionista despues de completers 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. | | | | | | |
| Firma del Paciente / Guardián | | | | Fecha | | |



Forma de Historia Medicinal de Paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Medico que veia previamente: _____

Problemas medicos actuales: _____

Otras preocupaciones que desea discutir con el medico: _____

Liste todos los medicamentos recetados 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 huesos rotos o o fractura (incluyendo el hueso lesionado y el año) _____

Has tenido (circule):

| | | | | |
|---------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| migrañas | hepatitis | mononucleosis | ulcera | |
| sangramiento | coagulos de sangre | lesion en la cabeza | drogadiccion | calculus biliares |
| tuberculosis | enfermedad transmitida sexual | | ataques | artritis |
| problema de memoria | psoriasis | murmullos de corazon | fiebre reumatica | poliomyelitis |
| culebrilla | alcoholismo | depresión | enfermedad mental | gota |
| hemorroides | problemas auditivo | problema de vista | otro problema | _____ |

Cuando fue su ultimo:

Injeccion de tetano _____ Injeccion de gripe _____ Vacuna de pulmonia _____

Vacuna de hepatitis _____ Prueba de tuberculosis _____ Colonoscopia _____

Radiografía de pecho _____ Electrocardiograma _____ Prueba de VIH _____

Examen rectal _____ Análisis de sangre _____



Forma de Historia Medicinal de Paciente

MUJERES

Edad de primer período _____ Fecha de ultimo período normal _____ No. de embarazos _____

No.de nacimientos con vida _____ No.de hijo(s) que viven con usted _____

Metódo de control de la natalidad _____

Fecha de ultimo papanicolaou _____ Donde: _____

Fecha de ultimo mamografía _____ Donde: _____

Tiene (encierre):

| | | | | |
|----------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------|
| Período irregulares | Calambres Fuertes del period | Período pesado | dolor pelvico | infertilidad |
| Dificultad sexual | bochorno | sequedad vaginal | derrame vaginal | olor vaginal |
| Comezon vaginal | tension premenstrual | cambios en los senos | mamografía anormal | |
| papanicolaou anormal | | | | |

TODO

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 con usted? _____

Tiene hijos? _____ Si responde si, lista nombres, edades, y cualquier problema medico _____

Donde trabajas/trabajabas? _____

Cuantos años asistio a la escuela? _____

Cuanto pesa? _____ Quanto deseas pesar? _____ Peso maximo? _____ Peso minimo?

Haces/hacias ejercicio? _____ Que tanto? _____ horas/semana? No. de años? _____

Año que dejo de hacer ejercicio? _____ Que tipo de ejercicio? _____



Forma de Historia Medicinal de Paciente

Fumas/Fumabas? _____ Que tanto? _____ cajetilla/día No. de años? _____ Años que dejo de fumar? _____

Cuando fue la ultima vez que trato de parar? _____ Cuantas veces has tratado de parar? _____

Has logrado parar en el pasado? _____

Toma/tomaba alcohol? _____ Cantidad? _____ tragos/semana No. de años? _____

Año que dejo de consumir _____ Problema actual/previo con alcohol? _____ AA? _____

Usa/usaba (circule): heroína mariguana cocaína metanfetaminas tabaco de mascar pildora de dieta

Tiene un historial de abuso/adiccion a receta de medicina? _____ Si responde si, a cual? _____

Que tanto consume cafeina (café, te, soda)? frecuentemente ____ ocasional ____ nunca ____

Usa cinturón? _____ Maneja moto/bicicleta? _____ Si responde si, usa casco? _____

Usa bloqueador solar? _____ Tiene pistola/arma de fuego en casa? _____

Describe su dieta. _____

Describe problemas de piel _____

Describe algun problema de pulmon o respiratorio _____

Describe problemas con estomago, intestinos, colon, digestion o evacuacion. _____

Describe cualquier problema urinario. _____

Describe preocupacion sexual. _____

Describe cualquier problema muscular, de hueso or articulacion. _____

Describe cualquier problema con el pensamiento, concentracion, estado de animo, nivel de energia, interes en la vida, etc. _____

Describe problemas con vigor, sensacion, coordinacion o funcion neurologico. _____

Otra cosa que nos quiera dejar saber? _____



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 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.

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 collecion 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. Athena Medical Group & Ob-Gyn Associates 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 Respetto a Los Registros Médicos**
- **Responsabilidad Financiera del Paciente incluyendo Coleccion y Poliza de-falta**
- **Confidencialidad y Privacidad de Registros Médicos**

Escribe el nombre del paciente en letras de molde

Fecha

Firma del paciente



Autorización Para Divulgar Información Médica

Nombre De Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Proporcionar A:
Athena Medical Group
&
Ob-Gyn Associates

335 Katherine Avenue, Salinas CA 93901
515 Alameda Avenue, Suite C, Salinas CA 93901
1332 Natividad Road, Suite B, Salinas CA 93906
10 Harris Court, Suite A-2, Monterey CA 93940
338-A Alta Street, Gonzales CA 93926

831-751-0692 fax
831-751-6222 office

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

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda La Informacion Radiografía de las Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Todas Las Notas De Progreso | <input type="checkbox"/> Expedientes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Expedientes de Alergia |
| | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (ECG) | <input type="checkbox"/> Expedientes de Alergia | <input type="checkbox"/> Expedientes |
| | <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmición Sexual | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Sida |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|

Nota: Si este comunicado se refiere a información sobre alcohol, drogas o salud mental, tenga en cuenta que esta información se le ha revelado de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o como está permitido de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la liberación de medicina o de otro tipo Información no es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Firma de Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

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

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

- | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | <input type="checkbox"/> Pago de el Caso con la Aseguranza | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Demanda de la Remuneración de los Trabajadores <input type="checkbox"/> 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 Trabajo: _____

Sólo para uso de oficina:

| | | |
|-------|-------|----------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| 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.

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 Athena Medical Group y Ob-Gyn Associates. 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 Athena Medical Group y Ob-Gyn Associates 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".

Escribe el nombre del paciente en letras de molde

Firma del paciente

Fecha