

INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor presente su licencia y tarjeta de seguro

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento (M/D/A): ____ / ____ / ____ Genero: Hombre Mujer

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: (____) _____ Oficina: (____) _____ Celular: (____) _____

Prefiere Utilizar Casa Oficina Celular Correo Electrónico: _____

Raza: India/Alaska Nativo Asiático Africano Americano Nativo Hawaiano/Pacífico Islandia Americano Preferí no to contestar

Origen étnico: Hispano No Hispano Prefiere no contestar

Estado Civil: Nino Casado Soltero Divorciado Viudo Idioma: inglés español prefiere no contestar

Estado de Empleo Nino estudiante Retirado Desempleado

Empleado: Ocupación: _____ Empleador: _____

Nombre de Farmacia de Preferencia _____ Ciudad _____

Médico de Atención Primaria: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Médico de Atención Primaria Otro Doctor: _____ Teléfono: _____

Sala de emergencia Hospital Otro _____

Amigo/Familia: Nombre _____ Otro: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono #: (____) _____

PACIENTE O GUARDIÁN LEGAL

Relación al Paciente _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono: Casa: (____) _____ Oficina: (____) _____ Celular: (____) _____

Fecha de nacimiento (M/D/A): ____ / ____ / ____ Genero: Hombre Mujer Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Empleado: _____ Ocupación: _____

Al firmar al pie de la página reconozco que la información que he proporcionado es correcta a mi saber y entender. Por medio de la presente autorizo a Atlantic Ear, Nose, & Throat y a su personal a utilizar mi teléfono y/o correo electrónico para contactarme en caso de ser necesario.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Por Favor de completar las próximas páginas →

Nombre de Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

SEGURO DEL PACIENTE

- Pago Propio Medicare (Segundario: _____ No Segundario)
 Seguro Privado _____ (Network: _____) Seguro Personal
 Compensación del Trabajador Auto/PIP Otro Seguro Privado _____

INFORMACION DE SEGURO

Relación al Paciente: _____

Compañía de Seguro Principal: _____ Seguro Secundario: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Casa: (____) _____ Oficina: (____) _____ Celular: (____) _____

Fecha de Nacimiento (M/D/A): ____ / ____ / ____ Genero: Hombre Mujer Seguro Social #: ____ - ____ - ____

Empleador: _____ Ocupación: _____

PERSONA RESPONSABLE O FIADOR:

- Igual al Paciente Igual al guardián legal Otro (vea abajo) Relación al Paciente _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono: Casa: (____) _____ Oficina: (____) _____ Celular: (____) _____

Fecha de nacimiento (M/D/A): ____ / ____ / ____ Genero: Hombre Mujer Seguro Social #: ____ - ____ - ____

Empleado: _____ Ocupación: _____

Al firmar al pie de la página reconozco que la información que he proporcionado es correcta a mi saber y entender. Por medio de la presente autorizo a Atlantic Ear, Nose, & Throat y a su personal a utilizar mi teléfono y/o correo electrónico para contactarme en caso de ser necesario.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____ FECHA: _____



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por favor firme cada sección con letra legible

(Si es menor de 18 años, debe ser firmado por los padres o representante legal.)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para el tratamiento, divulgación de la información, asignación de beneficios y responsabilidad financiera

Por medio de la presente autorizo a todos los médicos y personal de salud de Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a proporcionar tratamiento al paciente arriba mencionado. Entiendo que no hay garantía, expresa o implícita, de ningún resultado o cura.

Por medio de la presente autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A., médicos y personal a obtener todos los registros médicos necesarios de otras oficinas de médicas, hospitales, clínicas centros quirúrgicos, laboratorios y centros de pruebas médicas. Además, autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a remitir los registros de mi evaluación y/o tratamientos a mis médicos referentes y médico de atención primaria.

También autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a emitir toda la información necesaria para presentar el reclamo a mi seguro médico / Medicare, así como permito realizar una fotocopia de mi firma para procesar mi actual y futuros reclamos del seguro médico / Medicare. Por medio de la presente cedo los beneficios de mi seguro médico / Medicare los cuales deberán pagarse directamente a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. Por la presente autorizo a que mi información sea usada durante las acciones rutinarias de los cuidados de salud.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos financieros que se generen durante el curso del tratamiento, sean o no cubierto por algún seguro médico, y las tasas de cobro que puedan presentarse. Es mi responsabilidad pagar cualquier monto deducible, co-seguro (médico) o co-pago al momento de obtener el servicio médico. También entiendo que soy responsable de obtener cualquier autorización o referencia necesarios para los servicios proporcionados por Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A.

FIRMA DEL PACIENTE / RESPONSABLE: _____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Entiendo que, en virtud de la Ley Health Insurance Portability & Accountability de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a la información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimientos entre múltiples proveedores de salud los cuales es posible estén involucrados directa o indirectamente en ese tratamiento; obtener pagos de terceros, y conducir las actividades usuales de los cuidados de salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. He recibido, leído, y entendido su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de información de mi salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar el Aviso cada cierto tiempo y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada de dicho Aviso. Entiendo que puedo pedir por escrito que se restrinja la forma en que mi información privada será usada o divulgada para llevar a cabo acciones de tratamiento, pagos o atención médica. Igualmente, entiendo que no están obligados a aceptar las restricciones que solicite, pero si están de acuerdo con ellas, estarán obligados a cumplir dichas restricciones.

Puede discutir cualquier parte de mi historial médico con las personas incluidas en mi formato de registro y con las siguientes personas: (nombre) _____ (relación) _____
(nombre) _____ (relación) _____

FIRMA DEL PACIENTE / RESPONSABLE: _____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

OFFICE USE ONLY I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement Form but was unable to do so as documented below:

Date: _____ Initials: _____ Reason: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Principal razón para la visita de hoy: _____

Alergias (escriba "no" si es ninguno):

Medicamentos actuales (escriba "no" si es ninguno) sólo escriba los nombres, no necesitamos las dosis:

Edad: _____

Estatura: _____

Peso: _____

Marque las que apliquen:

Otras Enfermedades

Hipertensión

Enfermedad sanguínea

Glaucoma

Diabetes

Accidente cerebro-vascular

Enfermedad tiroidea

Apnea del sueño

Asma

Cáncer (de _____)

Mala Circulación

Enfermedad cardíaca

Otro: _____

Marque las que apliquen:

Cirugías previas

Tonsilectomía

Adenoidectomía

Tiroidectomía

Cirugía de oído

Cirugía de senos paranasales

Septoplastia nasal

Cirugía de la arteria carótida

Tubos en los oídos

Marcapaso cardíaco

Bypass coronario / reemplazo valvular

Otro: _____

Marque las que apliquen:

Historia familiar de enfermedades

Hipertensión arterial

Enfermedad sanguínea

Glaucoma

Diabetes

Accidente cerebro-vascular

Enfermedad tiroidea

Sordera

Vértigo

Cáncer (de _____)

Mala circulación

Enfermedad Cardíaca

Otro: _____

Qué tanto consume alcohol?

Nunca

Ocasionalmente

Diario: Cuánto ?

A masticado tabaco?

Nunca

Si

Lo dejó: Cuándo?

Ha fumado alguna vez?

Nunca

Si: ___ cajetillas por día, por ___ años

Lo dejó: Cuándo?

Revisión de sistemas. Tiene algún otro síntoma? Por favor marque si o no en cada recuadro

	Si	No
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudor nocturno/ Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No	
Oído, nariz y garganta	Dolor o picor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secreción en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida del olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presión en la cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ronquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Si	No	
Cardíaco	Dolor de pecho cuando camina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmón	Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangre en el esputo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrino	Somnolencia excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heme/Linf	Ganglios inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transfusiones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia	Estornudos frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Goteo post-nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inyecciones para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	Ojos secos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exceso de lágrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No	
Músculos	Dolor en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor en la mandíbula cuando mastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuro	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parálisis/debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiatría	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras/tumoraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Decoloración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GI	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GU	Dificultad urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangre en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Podría estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Paciente (o tutor): _____ Fecha: _____