



Nombre Completo: _____

Domicilio: _____

Numero de Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Trabajo:** _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** M F

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Raza: Negra/afroamericano Blanca/caucásica Nativo de Hawái/de otras islas del
pacífico Nativo Americano/de Alaska Asiática

Etnia: Hispano No Hispano Prefiere no especificarlo

Número de Seguro Social: _____ **Numero de licencia:** _____

Medico atención primaria: _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Seguro: _____ **ID#** _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de Seguro: _____ **ID#** _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSIBLE

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____

Domicilio: _____ **Numero de Teléfono:** _____

Empleador: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Número de Seguro Social: _____ **Numero de Licencia:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____

Numero de Teléfono: _____ **Trabajo:** _____



Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

¿Doctor que lo(a) refirió? _____

Medico de atención primaria: _____

Factores de Riesgo: ¿Tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Alta presion	<input type="checkbox"/> Aneurismo
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Embolio	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Hemorragias
<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazon	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazon

Otro problema medico:

Historia Familiar:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Varis	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Aneurismo
<input type="checkbox"/> Problemas del corazon	<input type="checkbox"/> Alta presion	<input type="checkbox"/> Embolio	<input type="checkbox"/> Colesterol alto

Cirugias de el pasado:

<input type="checkbox"/> Apendice	<input type="checkbox"/> Matris
<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Hernia
<input type="checkbox"/> Pechos o Seno	<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Vesicula	<input type="checkbox"/> Espalda o Cuello
<input type="checkbox"/> Corazon	<input type="checkbox"/> Caderas o Rodillas

Otras cirugias:

Allergias a medicamentos:

Allergias comida? Si No

Allergias a cinta de plastico o papel? Si No



Lista de medicamentos que esta tomando

Nombre de su farmacia: _____
 Dirección: _____
 Numero de teléfono: _____

¿Fuma o ha Fumado? _____
 ¿Cuanta fuma? _____
 ¿Consume alcohol? _____
 ¿Cuanto al dia? _____

Está experimentando actualmente alguno de los siguiente: (por favor marque todos los que apliquen)

- Fiebre
- dolor en el pecho
- dificultad para respirar
- moretones
- sinusitis
- palpitaciones
- dolor de cadeza
- erupción
- escalofríos
- soplo cardíaco
- convulsiones
- entumecimiento
- pérdida de peso
- hinchazón de la pierna
- náuseas/vómitos
- debilidad
- visión borrosa
- mareo
- desmayo
- diarrea
- anemia
- arritmia
- cálculos
- renales
- sangre en la orina
- pérdida de la audición
- convulsions
- indigestión
- otro



ACUERDO DE POLÍTICAS FINANCIERAS Y DE OFICINA

Con el fin de reducir la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras y de oficina. Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, por favor discútala con nuestro gerente de oficina. Le brindamos la mejor atención y servicio posible y consideramos su comprensión completa de su responsabilidad financiera como un elemento esencial de su atención y tratamiento. Su firma a continuación forma un acuerdo vinculante entre Sequoia Vena & Herida, los proveedores de servicios médicos y el paciente que está recibiendo servicios médicos, o la parte responsable de pacientes menores (aquellos que son menores de 18 años). La parte responsable es la persona que es financieramente responsable del pago de las facturas médicas.

POLÍTICA DE NO PRESENTACION Y CANCELACIÓN DE CITA

Con el fin de proporcionar el mejor servicio y disponibilidad posible a todos nuestros pacientes, llámenos lo antes posible si sabe que necesita cancelar o reprogramar su cita. Hay un cargo por cancelación tardía si no cancela o reprograma su cita antes de las 24 horas de su cita. La tarifa es de \$ 25 para visitas al consultorio y \$ 50 para procedimientos de oficina.

POLÍTICA DE COPAGO Y SALDO

Pague cualquier copago requerido en el momento de la visita. Se debe hacer un acuerdo por escrito entre el gerente y la parte responsable. Esto es necesario para cualquier arreglo de pago realizado. El saldo total se debe al recibir el estado de cuenta.

POLÍTICA DE CHEQUES DEVUELTOS

Si se realiza un pago en una cuenta con cheque, y el cheque se devuelve como Fondos no suficientes (NSF), Cuenta cerrada (AC), es responsabilidad del paciente o tutor del paciente por el monto original del cheque, además de un cargo por servicio de \$ 25. Le enviaremos una carta para notificar al responsable de la parte del cheque devuelto. Si no hay respuesta dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la carta, la cuenta se entregará a nuestra agencia de cobranza y se agregará un cargo por retraso de \$ 25 al saldo pendiente y un cargo adicional por servicio de cheque de \$ 25.



PÓLIZA DE SEGURO MEDICO

Como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro por usted si asigna los beneficios al médico, en otras palabras, acepta que su seguro le pague directamente al médico. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de un período de tiempo razonable (dentro de los 45 días), usted puede ser responsable del saldo de la cuenta. Si no nos notifica cualquier cambio en el seguro, usted es totalmente responsable de cualquier cantidad no pagada por su compañía de seguros.

ACUERDO FINANCIERO

Por la presente, autorizo a Sequoia Vena & Herida proporcionar a mi compañía de seguros toda la información que soliciten con respecto a mi enfermedad o lesión actual. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre por los servicios que me brinda la parte que acepta la asignación. Entiendo que soy financieramente responsable de hacer pagos rápidos a la cuenta de Sequoia Vena & Herida a medida que se presentan las facturas. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por esta asignación. También entiendo que el hecho de no realizar el pago de cualquier servicio no cubierto dará lugar a que mi cuenta sea enviada a cobros.

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha presentado y me ha dado una copia del Aviso de Políticas de Privacidad de esta práctica, que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información según lo permitido por la ley federal. Entiendo el contenido del aviso y estoy sujeto a las siguientes restricciones con respecto a mi información médica personal. Acepto las divulgaciones mencionadas en el Aviso: Aviso de prácticas de privacidad de Sequoia Vena & Herida.

Entiendo y estoy de acuerdo con las políticas de la oficina de Sequoia Vena & Herida y deseo continuar con la atención.

Nombre Impreso Del Paciente _____

Firma Del Paciente _____ Fecha _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SEQUOIA VENA & HERIDA

LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA) DE 1996 PROMULGADA POR EL CONGRESO PROTEGE LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE SU PACIENTE. HIPAA ES APLICADO POR AGENCIAS GUBERNAMENTALES ESTATALES Y FEDERALES. LA REGLA DE PRIVACIDAD DE HIPAA GARANTIZA QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL QUE COMPARTES CON MÉDICOS, HOSPITALES Y OTROS ESTÉ PROTEGIDA. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE ESTO CUIDADOSAMENTE.

Nuestro personal se preocupa por su privacidad y protege su información cuidadosamente. Sequoia Vena & Herida está obligado por ley a mantener la privacidad de la información de salud de su paciente. La información de salud del paciente es información que puede identificarlo a usted y a cualquier cosa relacionada con sus servicios de atención médica pasados, presentes y futuros. Este aviso describe nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad. Describe cómo podemos usar y divulgar información sobre usted.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Podemos usar o divulgar información sin su autorización por escrito por las siguientes razones:

PAGO POR TRATAMIENTO: Podemos usar y divulgar su información para cobrar facturar el pago por el tratamiento y los servicios prestados. Por ejemplo, podríamos enviar su información a su compañía de seguros o plan de salud para que le paguen por los servicios de atención médica que le brindamos. Hay algunos servicios que nos proporcionan los contratos con socios comerciales, como los servicios de facturación y los servicios de recuperación de pagos. Requerimos que todos nuestros socios comerciales cumplan con nuestras prácticas de privacidad.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Podemos usar su información en relación con nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar información para evaluar el desempeño de los profesionales de la salud que le proporcionaron dichos servicios. Esta información se utilizará para mejorar continuamente la calidad y la eficacia de los servicios de atención médica que le brindamos. También podemos proporcionar información a los socios comerciales que realizan servicios para Sequoia Vena & Herida, los ejemplos incluyen servicios de transcripción, consultores de codificación y servicios de respuesta telefónica. Una vez más, todos nuestros socios comerciales están obligados a cumplir con nuestras prácticas de privacidad.

SEGÚN LO EXIJA LA LEY: Divulgaremos información sobre usted cuando la ley nos exija hacerlo. Ejemplos de estas divulgaciones serían para fines de aplicación de la ley o seguridad nacional, respuesta a citaciones u otras órdenes judiciales, alivio de desastres, revisión, revisión de nuestras actividades por parte de agencias gubernamentales, para evitar amenazas graves a la salud o la seguridad o en otros tipos de emergencias.

BENEFICIOS O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD: Podemos usar información para informarle sobre alternativas de tratamiento, otros servicios de atención médica o beneficios que ofrecemos o para referirlo a otro proveedor. Por ejemplo, podemos compartir información médica con otros médicos o proveedores de atención médica que proporcionarán servicios que no brindamos, o