

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cremallera \_\_\_\_\_

Soc. Sec. # \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Género:  Hombre  Femenino Raza: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Origen étnico: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_  Negado  
 Rechazar

**NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA FARMACIA:**

\_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIA:**

Nombre \_\_\_\_\_ Política # \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO:**

Nombre \_\_\_\_\_ Política # \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA PARTE ASEGURADA SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_ Soc. Sec. # \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cremallera \_\_\_\_\_

Ins. Co. Nombre \_\_\_\_\_ Política # \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTERIOR O ACTUAL:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ **SEXO** \_\_\_\_\_ **HT.** \_\_\_\_\_ **WT.** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

¿Es alérgico a algún medicamento, pastilla, alimento, etc.?

Droga / Alérgeno	Reacciones	Fecha de inicio:

**VACUNAS**

¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía en el último año? No Sí, fecha \_\_\_\_\_ No sé

¿Ha recibido la vacuna contra la influenza esta temporada? No Sí, fecha \_\_\_\_\_ No lo sé No

¿Cuándo fue tu último tétanos? Fecha: \_\_\_\_\_ lo sé

¿Ha recibido una vacuna contra el Covid-19? No Sí, fechas: \_\_\_\_\_ no sé

**EXÁMENES MÉDICOS ANTERIORES: Por favor, marque con un círculo Sí o No a cualquier problema médico.**

Anemia	S / N	Dolores de Cabeza Y Migrañas	S / N
Ansiedad	S / N	Hepatitis	S / N
Artritis y/o gota	S / N	Presión arterial alta	S / N
Asma	S / N	Colesterol alto	S / N
Problemas de sangrado	S / N	Enfermedad renal/cálculos	S / N
Enfermedad de las arterias coronarias	S / N	Sobrepeso/Obesidad	S / N
Insuficiencia cardíaca congestiva	S / N	Neumonía	S / N
Cáncer (En caso afirmativo, especifique el tipo)	S / N	Enfermedades de transmisión sexual	S / N
Convulsiones/Seizures	S / N	Golpe	S / N
Problemas dentales/bucales	S / N	Enfermedad de la tiroides	S / N
Depresión	S / N	Tuberculosis (o prueba de tuberculosis positiva)	S / N
Diabetes	S / N	Gastritis/Úlcera	S / N
VIH/SIDA	S / N		

**HISTORIAL QUIRÚRGICO: Enumere cualquier operación o procedimiento previo.**

Procedimiento / Operación	Fecha	Cirujano	Hospital

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:**

Relación	Problema	Edad de inicio	Murió de edad	Notas



## REVISIÓN DE SÍNTOMAS

### Gastrointestinal

- falta de apetito
- dolor abdominal
- meses
- indigestión
- dificultad para tragar
- diarrea
- estreñimiento
- Cambio en los hábitos intestinales
- náuseas o vómitos
- Sangrado rectal o sangre en las heces
- antecedentes de enfermedad hepática o pruebas hepáticas anormales

### Cardiovascular

- dolor en el pecho
- antecedentes de angina de pecho o ataque cardíaco
- antecedentes de presión arterial alta
- antecedentes de latidos cardíacos irregulares
- Antecedentes de mala circulación

### Pulmonar (pulmones)

- Dificultad para respirar
- tos persistente
- toser sangre
- asma o sibilancias

### Músculo/articulación/hueso

- hinchazón de tobillos o piernas
- dolor, debilidad o entumecimiento en brazos, manos, espalda, piernas, pies, cuello u hombros

### Neurológicos

- Antecedentes de accidente cerebrovascular
- Desmayos o pérdida del conocimiento

### ¿Algo más?

- ¿Está experimentando alguna situación inusualmente estresante?
- ¿Hay algún tema personal específico que te gustaría discutir?

### General

- Dormir mal
- Aumento / pérdida de peso de 10 + libras en los últimos 6
- Fiebre
- jaqueca
- depresión

### Ojos, oídos, nariz, garganta

- visión borrosa
- Otros cambios en la visión
- antecedentes de glaucoma o cataratas
- pérdida de audición
- zumbido en los oídos
- Problemas de sinusitis
- ronquera

### Genitourinario

- micción frecuente o dolorosa
- sangre en la orina

### Piel

- Picazón
- moretones fáciles
- cambio en los lunares

### Endocrino

- Antecedentes de diabetes
- Antecedentes de enfermedad tiroidea
- Cambio en la tolerancia al clima cálido o frío
- Sed excesiva

### Solo para mujeres

- sangrado anormal
- sangrado entre períodos, fecha de la última mamografía \_\_\_\_

### Solo hombres

- PSA

## Cuestionario de evaluación del riesgo de tuberculosis

**\*Una persona que tiene un mayor riesgo de contraer tuberculosis debe hacerse una prueba anual de tuberculosis.**

Es posible que tenga un mayor riesgo de contraer tuberculosis si responde <b>SÍ</b> a cualquiera de las siguientes preguntas:	
¿Tiene algún familiar o contacto cercano con antecedentes de tuberculosis confirmada o presunta?	<b>Sí Fecha(s):</b> <b>No</b>
¿Eres de Asia, África, América Central / del Sur? (Estas zonas tienen una mayor prevalencia de tuberculosis)	<b>Sí Fecha(s):</b> <b>No</b>
¿Vives en un centro de colocación "fuera de casa"?	<b>Sí Fecha(s):</b> <b>No</b>
¿Tiene antecedentes de infección por VIH confirmada o presunta?	<b>Sí Fecha(s):</b> <b>No</b>
¿Vive con una persona que es VIH positiva?	<b>Sí Fecha(s):</b> <b>No</b>
¿Ha estado o vive con una persona que ha estado encarcelada en los últimos 5 años?	<b>Sí Fecha(s):</b> <b>No</b>
¿Vive o está expuesto con frecuencia a personas sin hogar, trabajadores agrícolas migrantes, usuarios de drogas callejeras, residentes en un hogar de ancianos?	<b>Sí Fecha(s):</b> <b>No</b>

### **Plan de asociación con el paciente**

Estimado paciente:

Bienvenidos a nuestra práctica. Tenemos la intención de brindarle la atención y el servicio que espera y merece. Lograr su *mejor salud posible* requiere una "asociación" entre usted y su médico. Como nuestro "socio en salud", le pedimos que nos ayude de las siguientes maneras:

#### **Programar visitas con mi médico para exámenes físicos de rutina y otros exámenes de salud recomendados**

Entiendo que mi médico me explicará qué exámenes de salud regulares son apropiados para mi edad, sexo y antecedentes personales y familiares. Entiendo que tendré que completar estos exámenes de salud recomendados (mamografías, vacunas, pruebas de Papanicolaou, etc.). Estos exámenes de salud son pruebas que pueden ayudar a detectar enfermedades y afecciones potencialmente mortales. Si visito a mi médico solo para el tratamiento de problemas inmediatos y me olvido de organizar exámenes de salud regulares, me pongo en riesgo de dejar que los problemas de salud graves pasen desapercibidos. Programaré visitas regulares con mi médico para completar mi examen físico y hablar sobre estos exámenes de salud.

#### **Asista a las citas de seguimiento y re programe las citas perdidas**

Entiendo que mi médico querrá saber cómo progresa mi afección después de que salga del consultorio. Regresar a mi médico a tiempo le da la oportunidad de revisar mi condición y mi respuesta al tratamiento. Durante una cita de seguimiento, mi médico podría ordenar pruebas, derivarme a un especialista, recetarme medicamentos o incluso descubrir y tratar una afección médica grave. Si pierdo una cita y no la reprogramo, corro el riesgo de que mi médico no pueda detectar y tratar una afección de salud grave. Haré todo lo posible para reprogramar las citas perdidas lo antes posible.

#### **Llamar a la oficina cuando no escucho los resultados de los análisis de laboratorio y otras pruebas**

Entiendo que el objetivo de mi médico es informarme de los resultados de mi laboratorio y de las pruebas lo antes posible. Sin embargo, si no tengo noticias del consultorio de mi médico dentro del tiempo especificado, llamaré al consultorio para obtener los resultados de mis pruebas.

#### **Informar a mi médico si decido no seguir el plan de tratamiento recomendado**

Entiendo que después de examinarme, mi médico puede hacer ciertas recomendaciones basadas en lo que él o ella considera que es mejor para mi salud. Esto puede incluir recetarme medicamentos, derivarme a un especialista, ordenar análisis de laboratorio y pruebas, o incluso pedirme que regrese a la oficina dentro de un cierto período de tiempo. Entiendo que no seguir mi plan de tratamiento puede tener graves efectos negativos en mi salud. Le informaré a mi médico cada vez que decida no seguir sus recomendaciones para que pueda informarme completamente de cualquier riesgo asociado con mi decisión de retrasar o rechazar el tratamiento. Gracias por su colaboración. Como nuestro paciente, usted tiene derecho a estar informado sobre su salud cuidado. Lo invitamos, en cualquier momento, a hacer preguntas, informar síntomas o discutir cualquier inquietud que pueda tener. Si necesita más información sobre su salud o condición, por favor pregunte.

---

Firma del paciente

---

Fecha

## Política financiera

**Todos los pacientes:** El paciente es responsable de todos los servicios prestados, independientemente de la cobertura del seguro. Toda la responsabilidad del pago recae en usted, el paciente o la parte responsable.

**Pacientes en efectivo:** Todos los servicios prestados en efectivo deben pagarse en su totalidad en el momento del servicio.

**Seguro privado:** Debemos tener un formulario de seguro completamente completado y firmado en el momento del servicio. Si no puede proporcionarnos toda la información de facturación necesaria, su cuenta se manejará de la misma manera que un paciente en efectivo. Los montos deducibles y de copago se deben pagar en el momento del servicio.

**Medicare:** Debemos tener una copia de su tarjeta de Medicare y de cualquier seguro secundario. Aceptamos la asignación de reclamos de Medicare, lo que significa que usted será responsable solo de su deducible y del 20% de los cargos permitidos. Hay ciertos procedimientos y suministros, que son servicios NO CUBIERTOS para los pacientes de Medicare. Si necesita dichos servicios, se le informará que no están cubiertos y si aún desea recibir dichos servicios en esta oficina, serán en efectivo en el momento del servicio.

**SI NECESITA CANCELAR O REPROGRAMAR SU CITA, SE SOLICITA UN AVISO DE 24 HORAS . PÓNGASE EN CONTACTO CON NUESTRA OFICINA PARA INFORMAR A NUESTRO PERSONAL DE CUALQUIER CAMBIO. EN CASO DE NO HACERLO, SE PUEDEN APLICAR LAS SIGUIENTES TARIFAS: TARIFA DE CANCELACIÓN DE A \$ 35 PARA CONSULTAS / TARIFA DE CANCELACIÓN DE \$ 25 PARA VISITAS DE SEGUIMIENTO / CANCELACIÓN DE PFT DE \$ 35 / \$ 75 NO PRESENTACIÓN / \$ 50 VISITAS DE CONSULTA NO PRESENTADAS / \$ 35 VISITAS DE SEGUIMIENTO NO PRESENTADAS / \$ 25 CANCELACIÓN DE TELESALUD / \$ 35 NO PRESENTACIÓN VISITA DE TELESALUD / SE REQUIERE UN AVISO DE 48 HORAS PARA TODOS LOS ESTUDIOS DEL SUEÑO. \$175 POR CANCELACIÓN / NO SHOW \$300.00. TODOS LOS HONORARIOS SE FACTURARÁN DIRECTAMENTE A USTED, EL PACIENTE. LOS SEGUROS DE SALUD NO CUBREN ESTE GASTO. ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN OTROS CARGOS; SE PUEDE PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA LISTA DE TARIFAS SI SE SOLICITA.**

SI EN ALGÚN MOMENTO EXPERIMENTA DIFICULTADES FINANCIERAS, INFORME A NUESTRA OFICINA DE LA SITUACIÓN. SIEMPRE ESTAMOS DISPUESTOS A HACER ARREGLOS ESPECIALES PARA AQUELLOS PACIENTES QUE NECESITAN AYUDA ADICIONAL. SI NECESITA HACER ARREGLOS, PIDA HABLAR CON EL GERENTE DE LA OFICINA.

**Acuerdo financiero:** Yo, el abajo firmante, por la presente lo autorizo a realizar pagos directamente a Inland Physicians Medical Group por todos los gastos médicos básicos y mayores. Entiendo perfectamente que soy financieramente responsable de cualquier saldo.

**Registros médicos:** Yo, el abajo firmante, por la presente otorgo autorización para la divulgación de cualquier información requerida para procesar las reclamaciones médicas. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

**Consentimiento para el tratamiento:** Yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento para que el administrador y la realización de todos los procedimientos y tratamientos de diagnóstico puedan considerarse necesarios o aconsejables. Además, acepto que si decido irme sin recibir tratamiento o sin el consentimiento de mi médico tratante, el médico no será responsable de las consecuencias de dicha decisión.

He leído y entendido cuidadosamente todo lo anterior y acepto, apruebo y estoy de acuerdo con la **Política Financiera de la Oficina de Inland Physicians Medical Group**.

---

Firma del paciente o de la parte responsable

---

Fecha

## Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente doy mi consentimiento para que Inland Physicians Medical Group use y divulgue información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, el pago y la operación de atención médica (TPO). (El Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por Inland Physicians Medical Group, describe dichos usos y los divulga de manera más completa).

Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Inland Physicians Medical Group, se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a Inland Physicians Medical Group, Atención: Oficial de Privacidad en 9525 Monte Vista Ave #105 Montclair, CA 91763

**AVISO A LOS PACIENTES BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS, A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2023:** Con fines informativos

solo se proporciona un enlace a la página web de pagos abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) aquí. La Ley Federal de Pagos a Médicos Sunshine requiere que se ponga a disposición del público información detallada sobre los pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a los médicos y hospitales universitarios. Puede buscar en esta base de datos federal los pagos realizados a médicos y hospitales universitarios visitando este sitio web: <https://openpaymentsdata.cms.gov/>

Fichado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre para imprimir: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incompetente

Nombre y dirección del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Registro de Divulgaciones del Paciente**

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). También se le otorga a la persona el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que se realice una comunicación de *PHI* por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a su hogar.

**Deseo que se pongan en contacto conmigo de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):**

- Teléfono de la casa No.** \_\_\_\_\_
  - Aceptable dejar un mensaje con información detallada.
  - Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada.
  
- Teléfono de trabajo No.** \_\_\_\_\_
  - Aceptable dejar un mensaje con información detallada.
  - Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada.
  
- Comunicación Escrita**
  - Aceptable para enviar por correo a mi domicilio.
  - Aceptable para enviar por correo a la dirección de mi trabajo/oficina.
  - Se acepta enviar por fax a este número \_\_\_\_\_
  
- Otro** \_\_\_\_\_

**Autorizo a los médicos y/o al personal de Inland Physicians Medical Group a divulgar *PHI* a los siguientes miembros de mi familia o persona(s) responsable(s) de mi atención médica (marque todo lo que corresponda):**

- Cónyuge: Nombre \_\_\_\_\_
- Hija/s: Nombre/s \_\_\_\_\_
- Hijo/s: Nombre/s \_\_\_\_\_
- Centro de Cuidados Extendidos \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Imprimir nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Fecha de la Solicitud de Divulgación de**

**Registros Médicos: Desde:          Para**

**POR FAVOR, LIBERE LOS REGISTROS A:**

- Inland Physicians Medical Group**  
**9525 Monte Vista Ave #105**  
**Montclair, CA 91763**  
**Teléfono: (909) 626-1205**  
**Teléfono: (909) 625-1977**
  
- Inland Physicians Medical Group**  
**1113 Alta Ave #220**  
**Upland, CA 91763**  
**Teléfono: (909) 985-8321**  
**Teléfono: (909) 985-0842**

**SOLICITO UNA COPIA DEL SIGUIENTE INFORME:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Consulta</b>           | <input type="checkbox"/> <b>Laboratorio</b>                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Laboratorio</b>        | <input type="checkbox"/> <b>Rayos X</b>                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Historia y Física</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Tomografía computarizada</b>            |
| <input type="checkbox"/> <b>Notas de progreso</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Escaneo PET</b>                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Electrocardiograma</b> | <input type="checkbox"/> <b>Todas y cada una de las radiologías</b> |

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

Caduca: Indefinidamente