

Estimado Señor o Señora,

Bienvenido a Inland Physicians Medical Group, tenemos el honor de ser su proveedor de atención médica. Nuestro objetivo es proporcionar la más alta calidad de atención para todos nuestros pacientes de manera oportuna y respetuosa.

Tiene una cita programada con _____ en _____ a las _____ am / pm. Si esto no es correcto, llame a la oficina.

Para hacer que su cita sea más rapido, por favor traiga lleno lo siguiente:

- **FORMAS:** Por favor llene las formas y regréselas a nuestra oficina antes de su cita programada.
- **TARJETA DE SEGURO:** (tarjetas primarias o secundarias). Necesitaremos hacer copias de sus tarjetas.
- **CO-PAGOS:** (HMO's y otros seguros que requieren un co-pago). Todos los co-pagos deben ser pagados en el momento de su visita. Habrá un cargo de procesamiento adicional para cualquier facturación de Co-Pago.
- **MEDICAMENTOS:** Por favor traiga una lista completa de los medicamentos actuales.

Por favor llegue Por favor tenga en cuenta que usted será responsable de dar toda la información necesaria para que el médico lo revise en el momento de su visita, sin esta información su cita puede ser cancelada y / o reprogramado para una fecha posterior. Por favor de llegar puntualmente a su cita.

Entendemos que las citas en algún momento necesitan ser cambiadas, por lo que le pedimos que llame con anticipación si no puede cumplir a su cita programada.

ESTE PAQUETE DE NUEVO PACIENTE DEBE SER DEVUELTO POR CORREO, FAX O ENVIARLO POR CORREO ELECTRÓNICO A NUESTRA OFICINA ANTES DE SU CITA CON EL MÉDICO. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

SI USTED NECESITA CANCELAR O REEMPLAZAR SU CITA, LLAME EL OFICINA 24 HORAS ANTES DE SU CITA. POR FAVOR LLAME (909)621-0009 PARA INFORMAR A NUESTRO PERSONAL DE CUALQUIER CAMBIO. SI NO LO HACE, UN COBRO SE LE ARÁ DIRECTAMENTE A USTED. LOS SEGUROS DE SALUD NO CUBREN ESTE GASTO.

Gracias. Esperamos conocerlo/conocerla y cuidar de usted.

DEMOGRÁFICOS del Paciente

Nombre: _____ Numero de Teléfono: _____
Dirección: _____
Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Licencia: _____
Sexo: H M Numero de Seg. Soc.: _____ Estado Civil: Cas. Div. Sep. Sol. Viu.
Correo Electronico: _____
Religión: _____ Ethico: _____ Raza: _____
Profesión: _____ Numero de Teléfono: _____
Dirección: _____

Nombre de Farmacia y dirección: _____

ASEQRANZA PRIMARIA:

Nombre de Aseguranza: _____ Numero de Póliza: _____
Numero de Teléfono: _____ Unión o Local: _____
Dirección: _____

ASEQRANZA SECUNDARIA:

Nombre de Aseguranza: _____ Numero de Póliza: _____
Numero de Teléfono: _____ Unión o Local: _____
Dirección: _____

PERSONA RESPONSABLE SI EL PACIENTE ESTA INCAPACITADO:

Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Numero de Teléfono: _____

FAMILIAR O AMIGO/A PARA CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

Nombre: _____ Numero de Teléfono: _____
Dirección: _____ Relación: _____

Cual es o era su Doctor Primario: _____ **Numero de teléfono:** _____

POLIZA FINANCIAL

Estamos comprometidos en dedicar el mejor tratamiento medico posible para nuestros pacientes. Si tiene aseguranza queremos ayudarle recibir lo máximo de sus beneficios. Para llevar acabo estas metas, necesitamos su ayuda y entendimiento de nuestra póliza de pagos.

TODOS LOS PACIENTES: El paciente es responsable por todos los servicios administrados a pesar de su aseguranza. La responsabilidad de pagar es totalmente de usted.

PAGO EN EFECTIVO: Todos los pacientes que pagan efectivo, pagaran por completo a la hora del servicio

ASEGURANZA PROVADA: Debemos tener la Información Del Paciente completo y firmado al momento del servicio. Si no puede dar la información necesaria, su cuenta será manejada igual que el paciente que paga en efectivo. Deducibles y co-pagos serán pagados al momento del servicio.

MEDICARE: Debemos tener una copia de su tarjeta de Medicare y copia de su aseguranza secundaria. Aceptamos pagos de Medicare, por el cual usted será responsable por el deducible y el 20% del saldo. Ay ciertos exámenes y provisiones que **NO CUBRE** Medicare. Si usted necesita cierto servicio se le informara. Si usted decide recibir cierto examen, será pagado en efectivo al momento del servicio medico.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento al administrador y el desempeño de todos los procedimientos y tratamientos diagnósticos que, a juicio de mi médico, se consideren necesarios o aconsejables. También estoy de acuerdo en que si decido ausentarme sin recibir tratamiento o sin el consentimiento de mi médico asistente, el médico no será responsable de las consecuencias de tal decisión.

PAGOS: La parte del paciente o el copago del paciente se debe pagar en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos todas las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard y Discover)

RE AGENDAR SU CITA/CANCELACIONES: Por favor dé un aviso de 24 horas si no puede reservar su tiempo reservado. A menos que ocurra una emergencia, aceptamos correr a tiempo para sus citas, y apreciamos la misma cortesía de usted. Las citas cortas canceladas o perdidas se cobrarán \$ 35 por los nuevos pacientes y \$ 25 por los pacientes de seguimiento. **ABSOLUTAMENTE OBLIGATORIO. POR FAVOR LLAME AL NÚMERO DE TELÉFONO ABAJO PARA INFORMAR A NUESTRO PERSONAL DE CUALQUIER CAMBIO. SI USTED FALLA DE HACERLO, UNA MULTA DE CANCELACIÓN DE \$ 35 PARA NUEVOS PACIENTES / \$ 25 CANCELACIÓN PARA PACIENTES DE SEGUIMIENTO / \$ 50 PFT CANCELACIÓN / \$ 100 NO-SHOW MULTA PARA NUEVOS PACIENTES / \$ 50 NO-MOSTRAR PACIENTES DE SEGUIMIENTO / \$ 100 PARA NO SHOW PFT SERÁ DIRECTAMENTE EXPULSADO A USTED. LOS SEGUROS DE SALUD NO CUBREN ESTE GASTO. PARA EXAMENES DE DORMIR SI POR ALGUN MOTIVO TIENE QUE CANCELAR SU CITA, UN AVISO DE 48 HORAS ES OBLIGATORIO. POR FAVOR INFORME A NUESTRO PERSONAL DE CUALQUIER CAMBIO. UN CARGO DE \$175.00 SERA COBRADO POR CANCELATION SIN AVISO ANTERIO. SI USTED FALLA A LLEGAR ASU SITA, UN COBRO DE \$300.00 SERA COBRADO HACIA USTED. POFAVOR TENGA PENDIENTE QUE SU ASEGURANZA MEDICA NO ES RESPONSIBLE DE EST TIPO DE GASTOS.**

SI EN CUALQUIER MOMENTO USTED TIENE PROBLEMAS FINANCIALES, POR FAVOR HÁGALO SABER A LA OFICINA PARA QUE SEA CONSCIENTE DE LA SITUACIÓN. SIEMPRE SE PUEDE HACER TRATOS DE PAGO ESPECIALES PARA LOS QUE NECESITEN AYUDA. SI USTED NECESITA HACER ARREGLOS, POR FAVOR PIDA HABLAR CON EL ENCARGADO.

He leído cuidadosamente y entiendo todo lo anterior y acepto, apruebo, y estoy de acuerdo con **Inland Physician Medical Group.**

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ **Edad** ____ **Sexo** ____ **Estatura** _____ **Peso** _____

PROBLEMA MÉDICO ACTUAL

¿Qué problema te trajo aquí? _____

¿Qué síntomas tiene? _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Ha cambiado su apetito en los últimos seis meses? Aumentado Disminuido Se quedó igual

¿Ha cambiado su peso en los últimos seis meses? No Sí En caso afirmativo, ganó _____ libras perdido _____ libras

¿Ha cambiado su nivel de energía global? Aumentado Disminuido Se quedó igual

ALLERGIAS

¿Es usted alérgico a cualquier medicamento, píldora, comida, etc.?

Drogas / Alérgenos	Reacciones	Fecha de comienzo:

VACUNAS

¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años? No Sí, fecha _____ No lo sé

¿Ha recibido una vacuna contra la gripe esta temporada? No Sí, fecha _____ No lo sé

¿Cuándo fue tu último tétanos? Fecha: _____ No lo sé

HISTORIA MÉDICA PASADA

Por favor circule (Sí o No) a cualquier problema médico.

Anemia	S / N	Dolores de cabeza / Migraña	S / N
Ansiedad	S / N	Hepatitis	S / N
Artritis y / o gota	S / N	Alta presión	S / N
Asma	S / N	Alto Colesterol	S / N
Problemas de sangriar	S / N	Enfermedades Renales	S / N
Enfermedad de la arteria coronaria	S / N	Sobrepeso / Obesidad	S / N
Fracaso Cardíaca	S / N	Neumonía	S / N
Cancer (Si, especifique el tipo)	S / N	Enfermedad de Transmisión Sexual	S / N
Convulsiones	S / N	Infarto	S / N
Problemas Dentales / Orales	S / N	Enfermedad de tiroides	S / N
Depresión	S / N	Tuberculosis (o prueba positiva de Tb)	S / N
Diabetes	S / N	Gastritis / úlcera	S / N
VIH / SIDA	S / N		

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA CIRÚRGICA

Procedimiento / Operación	Fecha	Cirujano	Hospital

HISTORIA FAMILIAR

Relación	Problema (Enfermedad cardíaca, cáncer, accidente cerebrovascular, diabetes, etc.)	Edad de inicio	Edad de muerte	Notas

HISTORIA DE SALUD DE LAS MUJERES:

Número total de embarazos: _____ Número de nacimientos: _____

Fecha (mes/día si sabe) del último período menstrual si todavía está menstruando: _____

Edad del inicio de los períodos (menstruación): _____

Edad del fin de los periodos (menopausia): _____

HISTORIA SOCIAL

USO DE TABACO: Dejo? Si No Si, cuando? _____

Fuma Sigarillos: Nunca Si No Fecha que dejo: _____ # Paquetes: _____ # Cigs: _____

OTRO TABACO:

Cigaro Nunca Si No Fecha que dejo: _____ Se cuanto: _____ # Paquetes: _____ # Cigs: _____

Pipa Nunca Si No Fecha que dejo: _____ Se cuanto: _____ # Paquetes: _____ # Cigs: _____

Rapé Nunca Si No Fecha que dejo: _____ Se cuanto: _____ # Paquetes: _____ # Cigs: _____

Masticar Nunca Si No Fecha que dejo: _____ Se cuanto: _____ # Paquetes: _____ # Cigs: _____

USO DE ALCOHOL: Si No Fecha que dejo: _____ Frecuencia: Diario Frecuente Social Raro

USO DE DRUGAS:

¿Utiliza marihuana o drogas recreativas? Si No Typo: _____

¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? Si No Typo: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

REVISIÓN DEL SÍNTOMA

Gastrointestinal

- poco apetito
- dolor abdominal
- indigestión
- dificultad para tragar
- diarrea
- constipación
- 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 de pecho
- antecedentes de angina o ataque al corazón
- antecedentes de hipertensión arterial
- historia de latido irregular del corazón
- historia de mala circulación

Pulmonar (pulmones)

- falta de aliento
- 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 o espalda

Neurológico

- historia del accidente cerebrovascular
- desprendimientos o pérdida del conocimiento

¿Algo más?

- ¿Está usted experimentando alguna situación inusualmente estresante? _____
- ¿Cuáles son los temas personales específicos que le gustaría discutir? _____

General

- dormir mal
- ganancia / pérdida de peso de 10 + libras en los últimos 6 meses
- fiebre
- dolor de cabeza
- depresión

Ojos, oídos, nariz, garganta

- visión borrosa
- otro cambio en la visión
- antecedentes de glaucoma o cataratas
- pérdida de la audición
- timbre en los oídos
- problemas sinusales
- ronquera

Genitourinario

- micción frecuente o dolorosa
- sangre en la orina

Piel

- comezón
- moretones facial
- cambio en lunares

Endocrino

- historia de diabetes
- historia de enfermedad de la tiroides
- cambio de tolerancia al clima caliente o frío
- sed excesiva

Solo mujeres

- sangrado anormal
- sangrado entre los períodos,
- fecha de la última mamografía _____

Solo hombres

- PSA

Evaluando el Riesgo de Poder Contraer “TB” (Tuberculosis)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Usted puede estar en mayor riesgo de TB si usted responde sí a cualquiera de las siguientes preguntas:	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /
¿Tienes un familiar o contacto cercano con historia de tuberculosis confirmada o presunta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Eres de Asia, África, América Central o América del sur? (Estas áreas tienen una mayor prevalencia de TB).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Vive usted en una posición de centro "fuera de casa"?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tienes una historia confirmada o sospecha de infección del VIH?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Vive usted con cualquier persona que es VIH positivo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Has sido, o Vives con cualquier persona que ha sido encarcelado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Vives entre, o están frecuentemente expuestos a individuos que son campesinos sin hogar, migrantes, usuarios de drogas de la calle, o residente en un hogar de ancianos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

*** Una persona que está en mayor riesgo de TB debe hacerse una prueba anual de TB.**

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Por este medio doy mi consentimiento para que Inland Physicians Medical Group, use y divulge información de salud protegida sobre mí para llevar a cabo la operación de tratamiento, pago y cuidado de la salud. (El aviso de privacidad proporcionada por Inland Pulmonary Medical Group, describe tales usos y revela más completamente).

Tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Interior pulmonar Medical Group, se reserva el derecho de revisar su aviso de privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de prácticas de privacidad pueden obtenerse enviando una solicitud por escrito a grupo médico pulmonar interior, atención: el oficial de privacidad en 9635 Monte Vista Ave #205 Montclair, CA 91763

Firmado: _____

Fecha:

Imprimir Nombre: _____

Teléfono:

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

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

Nombre y dirección del paciente:

DIVULGACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo esta previsto el derecho a solicitar comunicación confidencial, o que una comunicación de su PHI hacerse por medios alternativos, como envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa del individuo.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen a usted)

- Teléfono de casa** _____
 - Aceptable de dejar un mensaje con información detallada.
 - Dejar mensaje con numero solamente para regresarle la llamada.

 - Teléfono del trabajo** _____
 - Aceptable de dejar un mensaje con información detallada.
 - Dejar mensaje con numero solamente para regresarle la llamada.

 - Comunicación Escrita**
 - Aceptable de mandar vía correo a mi dirección de casa.
 - Aceptable de mandar vía correo a mi trabajo y dirección de la oficina.
 - Aceptable de mandar vía fax a este numero _____

 - Otro** _____
-

Yo autorizo a los médicos y/ o empleados de Inland Physicians Medical Group a divulgar la IPS a los siguientes miembros de mi familia o persona/s responsable de mi salud (marque lo que corresponda):

- Nombre de esposo _____
 - Nombre /s de hija /s _____
 - Nombre /s de hijo /s _____
 - Facilidad prolongada de Cuidado _____
 - Otro: _____
-

Imprima Nombre

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente

Fecha

**AUTORIZACIÓN DEL LANZAMIENTO
DE LOS REGISTROS MÉDICOS**

Fecha: _____ a _____

PLEASE RELEASE RECORDS TO:

- Inland Physicians Medical Group**
9635 Monte Vista Ave #205
Montclair, CA 91763
(909) 621-0009
(909) 399-9265

PIDO POR ESTE MEDIO UNA COPIA DE LOS INFORMES SIGUIENTES:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation | <input type="checkbox"/> Laboratory |
| <input type="checkbox"/> Laboratory | <input type="checkbox"/> X-Ray |
| <input type="checkbox"/> History and Physical | <input type="checkbox"/> CT Scan |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> PET Scan |
| <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Any and all Radiology |

Other: _____

Fecha De la Firma: _____

Imprima Firma: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firm Autorizada: _____