

Estimado señor o señora,

Bienvenido a Inland Physicians Medical Group. Somos una división especializada en medicina interna, enfermedades pulmonares, cuidados intensivos, trastornos del sueño, y la rehabilitación pulmonar, que se encuentra en la región de Inland Empire.

Usted tiene una cita programada con él _____

En _____ a las _____ am / pm

en nuestra oficina de _____. Si esto no es correcto, por favor llame a la oficina.

Con el fin de hacer que su cita funcione mejor, por favor traiga/ llene lo siguiente:

- **FORMAS:** Por favor llene las formas y llevar con usted a su cita. Estas formas también se pueden descargar desde nuestra pagina de internet en www.inlandpulmonary.com
- **TARJETAS DE SU SEGURANSA:** (Tarjetas primarias o secundarias). Tenemos que hacerles copias a sus tarjetas.
- **RESULTADOS DE PRUEBAS:** (análisis de sangre, biopsia, estudio del sueño, resonancia magnética, Rayos X, Ultrasonido...) Tal vez no podamos conseguir estos resultados para el día de su cita por favor de obtener una copia antes de su cita de su doctor primario o de la institución donde se realizo la prueba
- **RADIOGRAFIAS:** Aparte de los reportes, por favor traiga las radiografías o un disco de los estudios para que el medico los revise.
- **CO-PAGOS:** (HMO y otros seguros que requieren un co-pago). Todos los pagos deben ser pagados en el momento de su visita. Habrá un cargo adicional de procesamiento para cualquier co-pago fracturado.
- **REFERENCIAS:** Por favor, asegúrese de que su referencia (si es requerido por su plan de seguridad) se haya obtenido o este en el sistema por medio de su doctor primario antes de su cita. Si usted no tiene una referencia en el día de su cita, puede ser reprogramado.
- **MEDICINAS:** Favor de traer una lista completa de los medicamentos actuales.

Tenga en cuenta que es su responsabilidad conocer los términos de su contrato de seguridad. Nosotros participamos con muchos de los planes de seguranzas, que tiene políticas muy diferentes. Nuestra oficina no puede ser responsable de conocer las políticas de su plan específico.

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.

Nobre:

Fecha de Nacimiento:

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: _____

ASEGURANZA PRIMARIA:

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

ASEGURANZA 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: _____

Nobre:

Fecha de Nacimiento:

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: SI NECESITA CANCELAR O REPROGRAMAR SU CITA, UN AVISO DE 24 HORAS ES ABSOLUTAMENTE OBLIGATORIO. SI NO LO HACE, SE LE COBRARÁ UNA CUOTA DE CANCELACIÓN DE \$ 35 PARA PACIENTES NUEVOS / CUOTA DE CANCELACIÓN DE \$ 25 PARA PACIENTES ESTABLECIDOS. UNA CUOTA DE \$ 25 NO SHOW PARA PACIENTES ESTABLECIDOS / \$ 50 NO SHOW PARA PACIENTES NUEVOS. UNA CUOTA DE \$ 25 NO SHOW PARA TELEHEALTH PACIENTES ESTABLECIDOS / \$ 50 NO SHOW PARA TELEHEATH PACIENTES NUEVOS. UNA CUOTA DE CANCELACIÓN DE \$ 175 PARA ESTUDIOS DEL SUEÑO / \$ 300.00 NO SHOW CUOTA PARA ESTUDIOS DEL SUEÑO, A MENOS QUE SE DÉ UN AVISO DE 48 HORAS. UNA CUOTA DE CANCELACIÓN DE \$ 75 PARA PFT / NO-SHOW DE \$ 75 PARA PFT. TODAS LAS Cuotas SE LE FACTURARÁN DIRECTAMENTE A USTED, EL PACIENTE. ASEGURANSA NO CUBRE ESTE GASTO. POR FAVOR CONTACTE NUESTRA OFICINA PARA INFORMAR A NUESTRO PERSONAL DE CUALQUIER CAMBIO.

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 Physicians Medical Group.**

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Nobre:

Fecha de Nacimiento:

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ **Edad** ____ **Sexo** ____ **Estatura** _____ **Peso** _____
Queja Principal/Motivo de su visita:

Alergias: _____

Operaciones: _____

Historia Medica del Paciente:

Enfermedad Grave: _____

Heridas Graves: _____

Tuberculosis positivo: Sí No ¿Cuando? _____

¿Usted ronca? Sí No

¿Esta usted excesivamente cansado durante el día? Sí No

¿Le han dicho a usted que deja de respirar durante el sueño? Sí No

¿Tiene alta presión? Sí No

¿Qué es el tamaño de su cuello? _____

Historia Medica de la Familia:

Enfermedades pulmonares Sí No ¿Quién? _____

Enfermedades del corazón Sí No ¿Quién? _____

Diabetes Sí No ¿Quién? _____

Cáncer Sí No ¿Quién? _____

Alta presión Sí No ¿Quién? _____

Tuberculosis positiva Sí No ¿Quién? _____

¿Fumas? Sí No **¿Dejaste?** Sí No **¿Cuando Dejaste de Fumar?** _____

Cigarros _____ **¿Cuanto Tiempo?** _____

Poros _____ **¿Cuanto Tiempo?** _____

Pipa _____ **¿Cuanto Tiempo?** _____

¿Tomas? Sí No

Frecuente _____ Social _____ Raro _____

¿Drogas? Sí No

Hospitalizacion reciente _____

Medico que lo Referio: _____

Physician Signature: _____

Date: _____

Nobre:

Fecha de Nacimiento:

REGISTRO ACTUAL DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS: Favor anote todos los medicamentos que esta tomando, incluyendo supresores del apetito, vitaminas, etc.

Nombre de Medicina	Fuerza	Frecuencia	Fecha comienzo/ fin	Medico que prescribió	Farmacia de dispensación

Nobre:

Fecha de Nacimiento:

SLEEP AND DIAGNOSTIC CENTER
Inland Physicians Medical Group

Escala de la somnolencia de Epworth

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Tu edad: _____

Tu sexo: Masculino Femenina

¿Qué posibilidades hay de que usted dormite o quedarse dormido en las situaciones describir a continuación, en contraste con solo sentirse cansado?

Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos.

Incluso si usted no ha hecho algunas de estas cosas intentan recientemente resolverse cómo le habrían afectado.

Utilice la escala siguiente para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = ninguna** posibilidad de dormirar
1 = pequeña posibilidad
2 = moderada posibilidad
3 = alta probabilidad

Situación	Posibilidad de dormirar (0 – 3)			
Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo tele	0	1	2	3
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, el teatro o reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en el automóvil durante 1 hora sin interrupción.	0	1	2	3
Acostarse a descansar por la tarde	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentado tranquilamente después de la comida sin alcohol.	0	1	2	3
En un coche, al parar durante unos pocos minutos en tráfico.	0	1	2	3

Cuenta Total_____

Nobre:

Fecha de Nacimiento:

Patient Consent Form
Notice of Privacy Practices

9655 Monte Vista Avenue, Suite 402, Montclair, CA 91763, 637 North Thirtieth Avenue, Upland, CA 91786

Dania Tabbika, Privacy Officer, Phone: (909) 626-1205

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Me gustaría recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad modificada por e-mail a:

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:

Nobre:

Fecha de Nacimiento:

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

Nobre:

Fecha de Nacimiento:

**AUTORIZACIÓN DEL LANZAMIENTO
DE LOS REGISTROS MÉDICOS**

PLEASE RELEASE RECORDS TO:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inland Physicians Medical Group
9655 Monte Vista Avenue, Suite 402
Montclair, CA 91763
Phone: (909) 626-1205
Fax: (909) 625-1977 | <input type="checkbox"/> Inland Physicians Medical Group
637 N. 13th Avenue
Upland, CA 91786
Phone: (909) 985-9321
Fax: (909) 985-0842 | <input type="checkbox"/> _____

_____ |
|---|--|---|

PIDO POR ESTE MEDIO UNA COPIA DE LOS INFORMES SIGUIENTES:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultation/Consulta | <input type="checkbox"/> Laboratory/Laboratorios |
| <input type="checkbox"/> Pulmonary Function Test | <input type="checkbox"/> X-Ray |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> CT Scan |
| <input type="checkbox"/> Treadmill Test | <input type="checkbox"/> PET Scan |
| <input type="checkbox"/> Holter | <input type="checkbox"/> Any and all Radiology/ Radiografias |
| <input type="checkbox"/> EKG | |
| <input type="checkbox"/> Other/Otros: _____ | |

LANCE POR FAVOR LOS EXPEDIENTES PEDIDOS ARRIBA:

Firm Autorizada _____

Imprima Firma _____

Fecha De Nacimiento _____

Fecha De La Firma _____

Nobre:

Fecha de Nacimiento: