

**REGISTRO DEL PACIENTE**

**COMPLETE TODAS LAS ENTRADAS**

<b>NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO-- NOMBRE -- INICIAL)</b>		<b>DIRECCION</b>		
<b>CIUDAD, ESTADO</b>		<b>POSTAL</b>	<b>TELÉFONO DE CASA</b>	<b>TELÉFONO MÓVIL</b>
<b>DECHA DE NACIMINETO (D/M/A)</b>	<b>NUMERO DE SEGUO SOCIAL</b>	<b>PREFERENCIA DE GÉNERO</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>ESTADO CIVIL</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
<b>NOMBRE DE EMPLEADOR DEL PACIENTE</b>	<b>DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR(CALLE - CIUDAD - ESTADO - POSTAL)</b>			<b>TELÉFONO DE EMPLEADOR</b>
<b>PERSONA RESPONSABLE POR EL SEGURO</b>		Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> ser <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> guardian/padres		
<b>NOMBRE( APELLIDO NOMBRE -- MIDDLE –INICIAL)</b>		<b>DIRECCION (SÍ DIFERENTE DEL PACIENTE)</b>		
<b>TELÉFONO DE CASA</b>	<b>TELÉFONO DE TRABAJO</b>	<b>SEGUO SOCIAL</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EMPLEADOR</b>
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO</b>				
<b>NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO</b>		<b>NOMBRE( APELLIDO NOMBRE -- MIDDLE –INICIAL)</b>		<b>TELÉFONO DE SEGURO</b>
<b>NUMERO DE GRUPO</b>	<b>NUMERO DE POLIZA</b>	<b>EMPLEADOR</b>		<b>TELÉFONO DE EMPLEADOR</b>
<b>SEGUO SECUNDARIO</b>		<b>NOMBRE( APELLIDO NOMBRE -- MIDDLE –INICIAL)</b>		<b>TELÉFONO DE SEGURO</b>
<b>NUMERO DE GRUPO</b>	<b>NUMERO DE POLIZA</b>	<b>EMPLEADOR</b>		<b>TELÉFONO DE EMPLEADOR</b>
<b>DOCTOR PRIMARIO</b>			<b>MEDICO DE REFERENCIA</b>	
<b>NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA</b>			<b>RELACIÓN AL PACIENTE</b>	<b>TELÉFONO</b>

**CESIÓN Y LIBERACIÓN (por favor ponga sus iniciales):**

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo un seguro médico que se factura en mi nombre y debe pagar la parte de mis visitas al consultorio, procedimientos y cargos de tratamiento a SAMEER CHOPRA MD PLLC.

\_\_\_\_\_ Informaré a SAMEER CHOPRA MD PLLC de cualquier cambio en mi(s) cobertura(s) de seguro.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si por alguna razón mi compañía de seguros no paga los servicios cubiertos dentro de los 90 días posteriores a los servicios prestados, asumiré la responsabilidad por el monto total adeudado, que puede cargarse a la tarjeta de crédito en SAMEER CHOPRA MD PLLC para asignar todos los beneficios médicos directamente a SAMEER CHOPRA MD PLLC por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad pagar todos los copagos, deducibles y coseguros estimados en el momento del servicio. saldo prestado y restante según lo determine mi compañía de seguros.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad pagar todos los copagos, deducibles y coseguros estimados en el momento del servicio. saldo prestado y restante según lo determine mi compañía de seguros.

\_\_\_\_\_ Entiendo que cuando mi proveedor solicita una tomografía computarizada o una tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada, el servicio de radiología que se me proporciona y se me factura es independiente de SAMEER CHOPRA MD PLLC

\_\_\_\_\_ SAMEER CHOPRA MD PLLC puede solicitar prueba de pago de la prima del seguro en ocasiones.

<b>FIRMA (PACIENTE O GUARDIAN)</b>	<b>FECHA</b>
------------------------------------	--------------

**COMPLETE TODAS LAS ENTRADAS**

<b>(NOMBRE APELLIDO NOMBRE -- MIDDLE --INICIAL)</b>		<b>FECHA</b>	
<b>Autorización para divulgar información de salud a:</b>			
<b>NOMBRE DE EMERGENCIA (s)</b>		<b>DIRECCION</b>	
<b>CIUDAD, ESTADO</b>	<b>POSTAL</b>	<b>TELÉFONO DE CASA</b>	<b>TELÉFONO DE CASA</b>
<b>DIAS DE SERVICIO</b>		<b>LA AUTORIZACIÓN EXPIRA UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE SU FIRMA A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO ABAJO:</b>	
<b>De:</b>	<b>Hasta:</b>	<input type="checkbox"/> <b>NUNCA</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN:</b>
Liberar la siguiente información: <input type="checkbox"/> <b>Todos los registros</b> <input type="checkbox"/> <b>Notas del grafico</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de radiología</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes operativos</b> <input type="checkbox"/> <b>Historia y exámenes físicos</b>			
<b>Nombre de contacto adicionales:</b>		<b>DIRECCION</b>	
<b>ESTADO, CIUDAD</b>	<b>POSTAL</b>	<b>TELÉFONO DE CASA</b>	<b>TELÉFONO DE CASA</b>
<b>DIAS DE SERVICIO</b>		<b>LA AUTORIZACIÓN EXPIRA UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE SU FIRMA A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO ABAJO:</b>	
<b>De</b>	<b>Hasta:</b>	<input type="checkbox"/> <b>NUNCA</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN:</b>
Liberar la siguiente información: <input type="checkbox"/> <b>Todos los registros</b> <input type="checkbox"/> <b>Notas del grafico</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de radiología</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes operativos</b> <input type="checkbox"/> <b>Historia y exámenes físicos</b>			

**LIBERACION DE INFORMACION:**

Entiendo Que:

- Una vez que SAMEER CHOPRA MD PLLC divulgue mi información de salud a través de mi solicitud, no puedo garantizar que el Destinatario no vuelva a divulgar mi información de salud a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.
- Puedo realizar una solicitud por escrito en cualquier momento para inspeccionar y/u obtener una copia de mi información de salud mantenida en este centro según lo dispuesto en la Regla Federal de Privacidad 45 CFR (164.524).
- Mis registros están protegidos y no pueden divulgarse sin permiso por escrito.
- Por la presente autorizo a SAMEER CHOPRA MD PLLC a usar y divulgar mi información de salud personal a las personas identificadas en este formulario. Entiendo que esta autorización no vence a menos que se envíe una notificación por escrito a 18404 N Tatum Blvd. #207 Phoenix AZ 85032. Entiendo que esto puede incluir información relacionada con enfermedades transmisibles, como VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental o conductual, alcohol. Entiendo que SAMEER CHOPRA MD PLLC tratará a las personas identificadas en este formulario como personas involucradas directamente en mi atención y, como tales, SAMEER CHOPRA MD PLLC podrá divulgar mi información de salud personal a estas personas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. He leído y recibido una copia de las declaraciones anteriores y aceptar los términos. Un duplicado de la declaración se considera igual al original. Firmo voluntariamente esta autorización, y entiendo que mi capacidad para obtener atención médica de SAMEER CHOPRA MD PLLC no se verá afectada si me niego a firmar esta autorización.

<b>FECHA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:</b>	<b>FECHA:</b>	<b>CORREO ELECTRONICO:</b>
<b>SI FIRMA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE :</b>	<b>FIRMA DEL TESTIGO (Opcional):</b>	

**RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

- SAMEER CHOPRA MD PLLC comparte el compromiso de proteger su privacidad y garantizar que su información médica se utilice y divulgue adecuadamente. Este aviso de prácticas de privacidad identifica todos los usos y divulgaciones potenciales de su información de salud por parte de nuestra práctica y describe sus derechos con respecto a su información de salud.
- Firme el formulario a continuación para reconocer que ha recibido y leído nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

<b>FECHA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:</b>	<b>FECHA:</b>	<b>CORREO ELECTRONICO:</b>
<b>SI FIRMA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE :</b>	<b>Firma del testigo (opcional)</b>	

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ F. de N: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Farmacia \_\_\_\_\_ Laboratorio Pref: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ pie \_\_\_\_\_ pulg Peso: \_\_\_\_\_ lbs Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Idioma Primaria: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_

**Como se entero de nosotros:**

Doctor Referente  Amigo/a  Internet (qué sitio?) \_\_\_\_\_  Compañía aseguradora  Otro, Como? \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor que lo refirió: \_\_\_\_\_

Doctores Actuales	Direccion	Teléfono #	Fax #	Especialidad

QUEJA PRINCIPAL (Porque quiere ver al Doctor?) \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo que tiene esta queja? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** (Todos los medicamentos recetados que está tomando con la dosis y el horario)

Ver lista adjunta

1. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

**Lista de todos los medicamentos sin receta:**

Vitaminas \_\_\_\_\_ Aspirin / Ibuprofen: \_\_\_\_\_

Otro (incluyendo suplementos): \_\_\_\_\_

**Alergias** (lista de todas las alergias a medicamentos o alimentos)

No Alergias conocidas

Ver lista adjunta

**Historia Medica del Paciente** (Tiene alguno de los siguientes sintomas)

Asma \_\_\_\_\_  Yes  No  
Fibrilación Auricular \_\_\_\_\_  Yes  No  
Cancer \_\_\_\_\_  Yes  No  
Tipo: \_\_\_\_\_  
Derrame Cerebral \_\_\_\_\_  Yes  No  
Depresion \_\_\_\_\_  Yes  No  
Diabetes \_\_\_\_\_  Yes  No  
Trombosis cerebral \_\_\_\_\_  Yes  No

Glaucoma \_\_\_\_\_  Yes  No  
Enfermedad Cardíaca \_\_\_\_\_  Yes  No  
Hepatitis \_\_\_\_\_  Yes  No  
Hiperlipidemia \_\_\_\_\_  Yes  No  
Hipertensión \_\_\_\_\_  Yes  No  
Enfermedad hepática \_\_\_\_\_  Yes  No  
Miastenia Gravis \_\_\_\_\_  Yes  No  
Transtorno Neurologico \_\_\_\_\_  Yes  No

Osteoartritis \_\_\_\_\_  Yes  No  
Enfermedad Vascular Periférica \_\_\_\_\_  Yes  No  
Enfermedad de la Tiroides \_\_\_\_\_  Yes  No  
Tuberculosis \_\_\_\_\_  Yes  No  
ITU Recurrente \_\_\_\_\_  Yes  No  
Enfermedad Vascular \_\_\_\_\_  Yes  No  
Sin Problemas Médicos \_\_\_\_\_  Yes  No

Otros Problemas Médicos: \_\_\_\_\_

**SERUGIAS PREVIAS**  Yes  No En caso que si, complete el siguiente formulario:.

Tipo	Fecha	Tipo	Fecha

Hospitalizaciones previas por problemas médicos:  No  Si En caso afirmativo, \_\_\_\_\_  
 tipo y fecha

**HISTORIA FAMILIAR** (Complete la información lo más posible: número de niños, estado)

	Estado (Vivo/Muerto)	Edad	Próstata Cancer	Riñón Cancer	Vejiga Cancer	Seno/pecho Cancer	Diabetes	Presion Alta	Cardiopatía
Hijas (#)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos (#)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros antecedentes familiares?									

**SOCIAL HISTORY**

Estado Civil:  Soltero/a  casado/a  Viudo/a  Divorciado/a Hijos:  Si  No Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Ejercicio? . . . . .  Si  No Tipo: \_\_\_\_\_

Consumer Tabaco? .....  Si  No Uso previo de tabaco?  Si  No

Consumo Alcohol? .....  Yes  No Uso de drogas?  Si  No Te: Tipo: \_\_\_\_\_

Consumo Cafe? (Tazas / Dia) Cafe: \_\_\_\_\_ Cola: \_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas** (¿Ha tenido actualmente o recientemente)

**General**

Fatiga  Yes  No  
 Fiebre  Yes  No  
 Aumento De Peso  Yes  No  
 Perdida De Peso  Yes  No

**Alergias**

Alergias a Drogas  Yes  No  
 Estacionales  Yes  No

**Oftalmológica**

Visión borrosa  Yes  No

**ENT**

Boca Seca  Yes  No  
 Sangrado Nariz  Yes  No

**Endocrine**

Intolerancia al Frio  Yes  No  
 Sudoracion Excesiva  Yes  No  
 Intolerancia al Calor  Yes  No

**Respiratory**

Dificultad para respirar  Yes  No

**Cardiovascular**

Dolor en el Pecho  Yes  No  
 Edema (hinchazón)  Yes  No

**Gastrointestinal**

Constipacion  Yes  No  
 Diarrea  Yes  No  
 Nausea  Yes  No

**Hematology**

Problemas de sangrado  Yes  No

**Musculoskeletal**

Dolor de Espalda  Yes  No  
 Historia de la Gota

**Peripheral**

**Vascular** coágulo de sangre en las piernas  Yes  No

**Skin**

Rashes  Yes  No

**Neurologic**

Debilidad  Yes  No  
 dificultad de equilibrio  Yes  No  
 Dolor de cabeza  Yes  No

**Psychiatric**

Depresion  Yes  No

**Dia de Ultimo:**

Flu Shot \_\_\_\_\_  
 Varicela \_\_\_\_\_  
 Colonoscopia \_\_\_\_\_  
 Dexa Scan \_\_\_\_\_

**Females**

Mamografia \_\_\_\_\_  
 Papilla \_\_\_\_\_

Completado Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Polica de Pago**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_

---

**Nos comprometemos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes tienen preguntas sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, se nos ha recomendado desarrollar esta política de pago. Léala atentamente, háganos cualquier pregunta que pueda tener y firme en el espacio provisto. *Se le proporcionará una copia si la solicita.***

- 1. Seguro.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si no está asegurado por un plan con el que tenemos contrato, se espera que pague el total en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que tenemos contrato, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.
- 2. Copagos y deducibles.** Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. No cobrar los copagos y deducibles podría violar nuestros contratos de seguro con compañías de seguros federales y privadas.
- 3. Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos (o quizás todos) los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Debe pagar estos servicios en su totalidad al momento de la visita.
- 4. Comprobante de seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información para pacientes antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y de su seguro vigente para proporcionar un comprobante de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro en el momento oportuno, puede ser responsable del saldo de un reclamo.
- 5. Presentación de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos en todo lo que podamos para que se le paguen. Es posible que su compañía de seguros le pida que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad, independientemente de si su compañía de seguros paga su reclamación. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de ese contrato.

**6. Cambios en la cobertura.** Si su seguro cambia, notifíquenos de inmediato para que podamos hacer los cambios necesarios para ayudarlo a recibir los máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, se le facturará automáticamente el saldo.

**7. Falta de pago.** Recibirá un total de 3 estados de cuenta durante un período de 90 días, por correo postal o electrónico. Tenga en cuenta que si queda un saldo pendiente de pago, su cuenta será administrada por la agencia de cobranza externa y la agencia cobrará una tarifa administrativa del 25 % además del saldo adeudado (por ejemplo, si su saldo adeudado es de \$100, la agencia de cobranza cobrará una tarifa administrativa de \$25, luego el monto total adeudado será de \$125,00).

**8. Citas perdidas.** Nuestra política es cobrar una cantidad de \$50.00 por las citas perdidas que no se cancelen dentro de un tiempo razonable. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio asistiendo a sus citas programadas regularmente.

Gracias por comprender nuestra política de pagos. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con nosotros.

---

***He leído y comprendido la información anterior y acepto las condiciones:***

---

***Firma del paciente o responsable***

---

***Fecha***