



Formulario de Registro de Pacientes

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma Preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ CASA MOVIL Número telefónico de trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ Numero de Seguro Social: _____

Estado Civil (Marque Uno): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viuda Legalmente Separado(a)

Genero(Maque Uno): Mujer Hombre Otro(especifique por favor): _____ Rechazo Contestar

Médico de Atención Primaria: _____ Medico Referente: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Alergia(s) a Medicamentos o Alimentos: _____

Diabético(a): SI NO Días que atiende Diálisis: Lunes, Miércoles y Viernes Mates y Jueves

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Número Telefónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de Seguro Medico

Seguro Médico: _____

Seguro Médico: _____

Nombre del Asegurado(a): _____

Nombre del Asegurado(a): _____

Número de Identificación del Seguro

Número de Identificación del Seguro

Médico: _____

Médico: _____

Nombre de Grupo: _____

Nombre de Grupo: _____



RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y POLÍTICA DE FACTURACIÓN

Physician: _____

Date: _____

Los Médicos de Coastal Surgeons requieren que este formulario sea firmado por nuestros Pacientes. Agradecemos su cooperación. Si tiene alguna pregunta, hable con nuestro Departamento de Facturación. Estaremos encantados de ayudarle con su seguro.

Como cortesía a nuestros pacientes, facturaremos a su compañía de seguros los honorarios hospitalarios y quirúrgicos siempre que nos haya presentado toda la información de facturación necesaria. Es responsabilidad exclusiva del paciente verificar la información de sus beneficios con la compañía de seguros. Después de que recibamos el pago de su compañía de seguros, le enviaremos un estado de cuenta de cualquier saldo restante que quede en su cuenta que vence dentro de los 30 días. Estaremos encantados de discutir cualquier tarifa o problema financiero con usted.

PACIENTES DE MEDICARE: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre al proveedor indicado en el reclamo. Autoricé a cualquier titular de información médica sobre mí a ser divulgada a la Administración de Financiamiento de Atención Médica y sus agentes para determinar estos beneficios, o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que seré responsable de cualquier cargo incurrido por **no proporcionar la información de seguro más actualizada y precisa** a Coastal Surgeons. Excepciones a esta política: aquellos pacientes con autorización actual con HMO, un programa estatal financiado por el gobierno federal o una PPO en la que Coastal Surgeons está actualmente contratado.

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS A MÉDICOS: Por la presente autorizo el pago de los servicios médicos prestados directamente a los médicos de Coastal Surgeons.

Coastal Surgeons será responsable de la facturación y el cobro de los cargos profesionales. Coastal Surgeons no es responsable de ninguna factura que pueda recibir del hospital, incluidos los servicios de anestesia, patología o laboratorio cuando se realiza la cirugía. Tenga en cuenta que la mayoría de los casos de cirugía realizados requieren la presencia de un asistente, no todos los asistentes pueden estar contratados con su póliza de seguro. Haremos todo lo posible para adquirir un asistente contratado, pero esto se basa únicamente en la disponibilidad del asistente.

EDD (Discapacidad Estatal) y Registros Médicos Cuota de \$25.00

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que estén cubiertos o no por mi seguro. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo de seguro. Una copia de esta firma es tan válida como el original. He leído y entiendo completamente la Política Financiera de CSMG antes mencionada.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ La fecha de hoy: _____

POLÍTICA DE CERO TOLERANCIA

Reconozco que COASTAL SURGEONS tiene una política de tolerancia cero cuando se trata de actos de agresión, lenguaje obsceno, destrucción de propiedad, amenazas verbales, mentales o físicas o comportamiento malicioso de cualquier tipo. Si esto ocurriera, llamaremos a las autoridades y presentaremos cargos si lo consideramos necesario. Nos reservamos el derecho de terminar inmediatamente la relación médico/paciente si ocurre este tipo de acto.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ La fecha de hoy: _____

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información de salud de nuestros pacientes, y cómo puede obtener acceso a su información de salud. Esto, requerido por las Regulaciones de Privacidad, se crea como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPPA).

Nuestro compromiso con su privacidad

Nuestra práctica se dedica a mantener la privacidad de su información de salud. Estamos obligados por la ley a mantener la confidencialidad de su información médica.

Uso y divulgación de su información de salud en ciertas circunstancias especiales

Las siguientes circunstancias pueden requerir que usemos o divulguemos su información de salud:

- 1) A las autoridades de Salud Pública/agencias de supervisión de la salud que están autorizadas por ley para recopilar información.
- 2) Demandas y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
- 3) Si es requerido por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
- 4) Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad de otra persona o del público. Solo haremos divulgaciones a una persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- 5) Si es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o de militares extranjeros (incluidos los veteranos) y si así lo requieren las autoridades correspondientes.
- 6) A funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley.
- 7) A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de un oficial de aplicación de la ley.
- 8) Para Compensación de Trabajadores y programas similares.
- 9) Los datos recopilados por Coastal Surgeons, que no incluyen la identidad del paciente, pueden utilizarse con fines de investigación.

Sus derechos con respecto a su información de salud:

- 1) Puede solicitar que nuestro consultorio se comuniquen con usted sobre su salud y asuntos relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su casa, en lugar de en el trabajo. Atenderemos las solicitudes razonables.
- 2) Puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestra divulgación de su información de salud solo a ciertas personas involucradas en su atención o en el pago de su atención: como familiares o amigos. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando lo exija la ley, en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo.
- 3) Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted, incluyendo los registros médicos y de facturación del paciente, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Debe presentar su solicitud por escrito a Coastal Surgeons, quienes tendrán hasta 30 días para cumplir.



Aviso de Practicas de Privacidad

- 6) Puede pedirnos que modifiquemos la información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta, si la información es conservada por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a Coastal Surgeons, quienes tendrán 60 días para responder. Debe proporcionarnos una razón legítima que respalde su solicitud de modificación.
- 7) Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. En cualquier momento, puede obtener una copia de este aviso poniéndose en contacto con nuestra recepcionista de recepción.
- 8) Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro consultorio o ante el Secretario de Uso, Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja, comuníquese con Coastal Surgeons al (760) 724-5352. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le penalizará por presentar una queja.
- 9) Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificados por este aviso o permitidos por la ley aplicable.

Si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso o a nuestras políticas de privacidad de información médica, comuníquese con su médico.

Autorización general para divulgar información de salud

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica personal a cualquier proveedor de atención médica aprobado por mi médico tratante. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando a mi médico tratante por escrito.

Aviso de Prácticas de Privacidad de Coastal Surgeons

Por la presente reconozco que se me ha presentado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción, y que una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Nombre del Paciente : _____ **Firma del Paciente :** _____ **Fecha :** _____



**Acuerdo de Cancelación
de Cirugía /
No Presentación de Citas**

Cancelaciones el mismo día o no presentación
para visitas al consultorio:

Tarifa de \$ 50.00

[Por favor de comuníquese con nuestra oficina 2 días hábiles (48 horas) antes para evitar cargos]

Cancelaciones de cirugías con menos de (2 días)
48 horas:

Tarifa de \$250.00

(Si la cirugía se cancela 2 días hábiles (48 horas) antes de la fecha programada de la cirugía, no habrá cobro)

Reconozco que he leído y entendido la información anterior.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Cuestionario de Antecedentes Médicos

Fecha de Visita: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

Razón de la Visita: _____

Alergias: _____ No tengo alergias a medicamentos

Operaciones / Cirugías / Procedimientos

NO, HE TENDIDO CIRUGIA(S) O PROCEDIMIENTO(S)

Año	Nombre de Cirugía(s) / Procedimiento(s):

Hospitalizaciones / Problemas Médicos:

NO HE ESTADO(A) HOSPITALIZADO(A)

NO TENGO PROBLEMAS MEDICOS

Año	Razones de Hospitalizaciones/ Problemas Médicos

Antecedentes médicos familiares: Anote cualquier historial médico que exista en la familia, como cáncer, enfermedades graves o antecedentes de pólipos en el colon y/o cáncer de colon. Si falleció, complete la edad y la causa de la muerte. Utilice el espacio a continuación para obtener información adicional.

Miembro Familiar	Edad	Historial Médico/Enfermedades	Causa de Muerte
Madre			
Padre			
Hermanos(a)			

¿Consume Tabaco?: NO SI Que tipo de producto y cuánto?: _____

¿Consume Alcohol?: NO SI Cuantas Bebidas por semana?: _____

Cuestionario de Antecedentes Médicos

Por favor, escriba los medicamentos actuales RECETADOS o DE VENTA LIBRE.

Nombre del medicamento	Dosificación	Indicaciones	Prescrito por

Nombre de la Farmacia: _____ Número Telefónico de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Tiene alguno de los siguientes? Marque la casilla si es **SÍ**.

<input type="checkbox"/>	Escalofríos
<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	Malestar
<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos
<input type="checkbox"/>	Aumento de peso
<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso
<input type="checkbox"/>	Drenaje del oído
<input type="checkbox"/>	Dolor de oído
<input type="checkbox"/>	Secreción ocular
<input type="checkbox"/>	Dolor ocular
<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición
<input type="checkbox"/>	Drenaje de generación
<input type="checkbox"/>	Presión en los senos paranasales
<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta
<input type="checkbox"/>	Cambios visuales
<input type="checkbox"/>	Tos crónica
<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/>	Sibilancia

<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/>	Claudicación
<input type="checkbox"/>	Edema
<input type="checkbox"/>	Palpitación
<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal
<input type="checkbox"/>	Sangre en las heces
<input type="checkbox"/>	Cambio en las heces
<input type="checkbox"/>	Estreñimiento
<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	Acedía
<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito
<input type="checkbox"/>	Náuseas
<input type="checkbox"/>	Vómito
<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar
<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina
<input type="checkbox"/>	Micción excesiva
<input type="checkbox"/>	Frecuencia urinaria
<input type="checkbox"/>	Incontinencia urinaria

<input type="checkbox"/>	Mareos
<input type="checkbox"/>	Entumecimiento extremo
<input type="checkbox"/>	Debilidad extrema
<input type="checkbox"/>	Alteración de la marcha
<input type="checkbox"/>	Jaqueca – Dolor de Cabeza
<input type="checkbox"/>	Deterioro de la memoria
<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Temblores
<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Insomnio
<input type="checkbox"/>	Intolerancia al frío
<input type="checkbox"/>	Intolerancia al calor
<input type="checkbox"/>	Sed excesiva
<input type="checkbox"/>	Hambre excesiva
<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones
<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las articulaciones
<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular

<input type="checkbox"/>	Cabello quebradizo
<input type="checkbox"/>	Uñas quebradizas
<input type="checkbox"/>	Alopecia
<input type="checkbox"/>	Hirsutismo
<input type="checkbox"/>	Urticaria
<input type="checkbox"/>	Prurito
<input type="checkbox"/>	Cambios de lunares
<input type="checkbox"/>	Sarpullido
<input type="checkbox"/>	Lesión cutánea
<input type="checkbox"/>	Sangrado fácil
<input type="checkbox"/>	Fácil de magullar
<input type="checkbox"/>	Lin adenopatía
<input type="checkbox"/>	Alergia de contacto
<input type="checkbox"/>	Alergias ambientales
<input type="checkbox"/>	Alergias alimentarias
<input type="checkbox"/>	Alianzas estacionales
<input type="checkbox"/>	Exposición conocida a la tuberculosis
<input type="checkbox"/>	Retención urinaria
<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello

SOLO PARA MUJERES:	
<input type="checkbox"/>	Papanicolaou anormal
<input type="checkbox"/>	Dismenorrea
<input type="checkbox"/>	Dispareunia
<input type="checkbox"/>	Sofocos
<input type="checkbox"/>	Secreción vaginal
<input type="checkbox"/>	Deterioro de la memoria
<input type="checkbox"/>	Secreción mamaria
<input type="checkbox"/>	Bulto en el seno
SOLO PARA HOMBRES	
<input type="checkbox"/>	Impotencia
<input type="checkbox"/>	Secreción del pene
<input type="checkbox"/>	Disfunción sexual