

Paciente

Garante

(Nuevos Pacientes)				(Completar este sección si el paciente no es el garante)											
Apellido		Primer Nombre		Apellido		Primer Nombre		Relación del Paciente							
Dirección				Dirección											
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad		Estado		Código postal					
Teléfono Primaria		Telé #2		Tele # 3		Telefono Primaria		Tele #2		Tele #3					
Dirección Electrónica (Email)				Dirección Electrónica (Email)											
Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Edad		Genero		Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Edad		Genero	
Estado Civil (Matrimonio)		Apellido soltera		Marital Status		Apellido soltera									
Situación Laboral / Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Full-time				Situación Laboral / Estudiante del (del Garante) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Full-time											
Ocupación				Ocupación											
Empleador o Escuela		Teléfono		Empleador o Escuela		Teléfono									
Contacto de emergencia				Contacto de emergencia											
Nombre				Teléfono				Relación							

Refiriéndose Médico

Médico de Atención Primaria

Apellido		Primer Nombre		Médico de atención 1ª <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Apellido		Primer Nombre	
----------	--	---------------	--	--	--	----------	--	---------------	--

Información de Aseguransa

Aseguransa Primaria		Segunda Aseguransa		Otro Aseguransa	
Compania de Aseguransa		Comapnia de Aseguransa		Compania de Aseguransa	
Teléfono		Teléfono		Teléfono	
Nombre de asegurado		Nombre de asegurado		Nombre de asegurado	
Fecha de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	
Numero de Seguro Social (de Asegurado)		Numero de Seguro Social (de Asegurado)		Numero de Seguro Social (de Asegurado)	
Numero de Póliza		Numero de Póliza		Numero de Póliza	
Group/FECA #		Group/FECA #		Group/FECA #	

Autorización para divulgar información médica y los beneficios

Por la presente autorizo a Southwest Surgical Associates (SSA) para la información médica que puede ser necesario ya sea para la atención médica o en la tramitación de Aseguransa para beneficios financiero. Mientras que la SSA hará un esfuerzo razonable para cobrar el pago di mi compañía de aseguransa (en su caso), yo entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados, y, además, se compromete a pagar los honorarios de Abogados, costas judiciales, la recogida y presentación de las tasas, incluidas las tarifas o la comisión de hasta el cincuenta por ciento que se pudieran asignar a nosotros por cualquier agencia de cobranza contratada para llevar este asunto. Además estoy de acuerdo de pagar intereses a una tasa del 1.5% al mes (18% por año) en cualquier cantidad enviada a las colecciones. entiendo y estoy de acuerdo que son financieramente responsable de todad las cantidades deducibles, co-aseguransa, los servicios no cubiertos o servicios considerados como "no se médicamente necesario" por la tercera parte de aseguransa.

Firma del Paciente o Garante		Fecha	
------------------------------	--	-------	--

Aucrerdo de Asistencia Médicare del Paciente

Solicito que el pago de los beneficios de Médicare autorizados se efectuarán en mi nombre a Southwest Surgical Associates para cualquier servicio prestado a mi por el proveedor de este tipo. Este autorización seguirá en efecto hasta que yo decida revocarlo por escrito.

Firma _____ Fecha _____

Cuestionario de Historial del paciente

Nombre de Paciente: _____ FDN: _____

Lista de Síntomas: _____

Alergias : _____

Pasado Hospitalizaciones / Cirugías / Traumatismos y fechas aproximadas: _____

Historia Familiar: Por favor lista de cualquier problema médico que han existido dentro de su familia.

Padre : _____

Madre : _____

Hermanos: _____

Otro: _____

Historia Social:

Estado de Matrimonio: Solo Casado Separado Divorciado Viudo

Uso de Tabaco: Nunca Dejo / Cuando _____ Fumador /¿ Cuantos diario? _____

Uso de Alcol: Nunca Rara Moderadamente Diario ¿Cuanto? _____

Uso de Drogas: Nunca Tipo y Frecuencia _____

La historia detallada del paciente

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

Por favor círculo Sí (S) o No (N) si usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas:

Constitucional

- S N Buena salud general
- S N Recientes cambio de peso
- S N Sudores nocturnes / fiebre
- S N Fatiga

Oídos / Nariz / Boca / Garganta

- S N ¿La pérdida de la audición
- S N Problemas de sinus
- S N Nariz sangra
- S N Dolor de garganta / Cambio de voz

Ojos

- S N Usa Lentes / Contactos
- S N Borrosa o doble visión
- S N Enfermedad o lesión ocular
- S N Glaucoma

Cardiovasculares

- S N Palpitaciones
- S N Derrame Cerebral
- S N Problemas del corazón
- S N Hinchazón en las manos O pies
- S N Alta presión arterial

Respiratorios

- S N ¿Falta de aliento
- S N Tos
- S N Sibilancia/ Asma
- S N Tos con sangre

Gastrointestinal

- S N Náusea/ Vómitos
- S N Dolor abdominal
- S N Rectorragia
- S N Problemas intestinales

Musculoesqueléticos

- S N Dolor Muscular / Calambres
- S N Rigidez en los conjuntos
- S N Dolor en los conjuntos
- S N Problemas para caminar

Neurológicos

- S N Frecuentes Dolores de cabeza
- S N Páralisis o Temblors
- S N Convulsiones/Ataques
- S N Insensibilidad/ hormigueo

Piel / Senos

- S N Cambio en el pelo o Las uñas
- S N Sarpullido o picazón
- S N Bulto en los Senos
- S N el dolor de los senos

Endocrino

- S N ¿Sed excesiva/orinar?
- S N enfermedad de tiroides
- S N problema hormonal
- S N diabetes

Hematológicas / Linfática

- S N Fácilmente cardenales
- S N Lento de curar
- S N Ampliada glándulas
- S N Problemas Sangrando
- S N VIH / Sida
- S N Hepatitis

Alérgicas / Inmunológicas

- S N Alergias
- S N Alergia a la aspirina
- S N Alergia a los antibiomaticos

Genitourinario -Hombres

- S N Sangre en la orina
- S N Cálculos renales
- S N Problemas Sexuales
- S N Dolor Testicular

Genitourinario - Mujer

- S N Sangre en la orina
- S N Cálculos renales
- S N Problemas Sexuales
- S N Problemas Menstruales

Psiquiátricos

- S N Insomnio
- S N Confusión / memoria
- S N Depresión
- S N Ansiedad

Cáncer (Qué Tipo): _____

Otros problemas: _____

Declaración del Paciente: Para la mayor de mi conocimiento, la información anterior es exacta y completa.

Firmado: _____

Physician Statement: I have reviewed the questionnaire with the patient.

Signed: _____ Date: _____

Southwest Surgical Associates

Acuse de Recibo del Aviso de practices de privacidad

Por este medio reconozco que he recibido una copia del Southwest Surgical Associates Aviso de prácticas de privacidad y tuvieron la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo mi información médica se usará. Entiendo que tengo el derecho de negarse a firmar este reconocimiento si así lo deciden.

Nombre del Paciete

Firma del Paciente o Representante
(Requerido si el paciente es un menor de edad o incapaz de firmar)

Fecha

Representante relación con el Paciente

El paciente fue dado nuestro aviso de privacidad, pero optó por no firmar.

Entrga de Información

Si desea autorizar a Southwest Surgical Associates a cualquier liberación de su información médica de ensayo y resultados de laboratorio, prescripciones, y los planes de tratamiento a las personas de otra manera que usted (con exclusión de sus médicos), sírvase enumerarlos a continuación.

Nombre

Relación con el Paciente

