

ASOCIADOS MÉDICOS COMUNITARIOS

Información del paciente (en letra de imprenta)

FECHA: _____

(Último primero medio)

Fecha de nacimiento: _____ Seguridad social # _____

Raza: _____, Género: Masculino _____ Femenino _____

Etnia: Otro / Hispano: _____ No latino / Hispano: _____

Estado civil: Soltero : _____, Casado: _____, Divorciado: _____, Viudo: _____.

Idioma preferido: _____

Método de contacto preferido: Teléfono: _____, Correo electrónico: _____, Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de casa: _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección postal (si es diferente a la anterior)

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono principal: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

Relación con el contacto de emergencia: _____

Información de Empleo:

Estado de empleo: Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____ Retirado _____ Discapacitado _____
Estudiante a tiempo completo _____ Estudiante a tiempo parcial _____

Ocupación: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleado: _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono del empleador: _____

Información del garante (responsable del pago): *** Los pacientes mayores de 18 años se convertirán en su propio garante a menos que se indique lo contrario.

Nombre del garante: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Dirección del garante: _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono principal del garante: _____

Empleador garante: _____

Número de teléfono del trabajo del garante: _____

Información del seguro:

Seguro primario

Nombre de la compañía de seguros primaria: _____

Política #: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguridad Social #: _____

Relación del paciente con el asegurado: _____ mismo, _____ cónyuge, _____ niño.

Seguro secundario

Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____

Política #: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguridad Social #: _____

Relación del paciente con el asegurado: _____ mismo, _____ cónyuge, _____ niño.

Seguro terciario

Nombre de la compañía de seguros terciarios: _____

Política #: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

N. ° de Seguro Social: _____ FM 1127

Relación del paciente con el asegurado: _____ mismo, _____ cónyuge, _____ niño. Revisado el 07/10/2020

Tratamiento y Políticas Financieras

Gracias por elegir a Community Medical Associates para sus necesidades de atención médica. Estamos sinceramente comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Su comprensión de nuestra política financiera es una parte necesaria de nuestro programa de tratamiento. Hemos resumido los problemas financieros/de seguros más comunes para su conveniencia. Si necesita más información, solicite hablar con el Gerente de la Oficina de la Clínica o el Gerente de Práctica de Community Medical Associates al 706-678-5982.

Consentimiento para tratamiento: El abajo firmante por la presente autoriza a la Autoridad Hospitalaria del Condado de Wilkes dba Community Medical Associates a proporcionar los tratamientos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de laboratorio, medicamentos y suministros necesarios según lo ordene el proveedor para el paciente mencionado. Los servicios de salud del comportamiento están disponibles y están incluidos dentro de los servicios de atención primaria que se ofrecen en la clínica. Los síntomas de salud conductual o la información de diagnóstico estarán disponibles para su proveedor de atención primaria y se utilizarán en el tratamiento médico y de salud conductual general.

Seguro: debe proporcionar su tarjeta de seguro en cada visita al registrarse. Su cobertura de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Si no está seguro de si su seguro pagará o no un servicio en particular, debe consultar con su compañía de seguros antes de recibir el servicio. Si tiene un seguro fuera de la red, les enviaremos un reclamo por usted, pero deberá pagar el monto total en el momento del servicio. Los copagos deben pagarse al momento del registro. Si no está preparado para pagar su copago en el momento de su visita, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita lo antes posible. Se considera fraude al seguro que lo veamos sin que pague el copago. Además, su seguro nos obliga a cobrar. Si no tiene seguro, se espera el pago completo en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

Facturación: Presentamos su seguro por usted como cortesía. Cualquier cosa no cubierta por su seguro es su responsabilidad. Recibirá una factura nuestra por cualquier saldo pendiente de pago por parte de su compañía de seguros. El saldo se paga al recibir la factura. Si necesita establecer arreglos de pago, es muy importante que nos llame de inmediato para coordinarlo. Los saldos se consideran vencidos 28 días después de recibir su primera factura y se transfieren a nuestro departamento de cobro interno en este momento. Si enviamos tres estados de cuenta sin respuesta de su parte, nos reservamos el derecho de cancelar cualquier cita que haya programado y podemos obtener los servicios de una agencia de cobranza externa para cobrar su saldo. En este caso, cualquier tarifa que tengamos se agregará a su saldo, a discreción de Community Medical Associates.

Servicios de laboratorio: si su compañía de seguros requiere que su trabajo de laboratorio vaya a un laboratorio específico, es su responsabilidad informar a nuestro personal. Si no nos dice dónde enviar su trabajo de laboratorio, se enviará al laboratorio de la elección de la clínica. Cualquier costo asociado con el trabajo de laboratorio enviado a un laboratorio fuera de la red será responsabilidad del paciente.

Citas perdidas: Community Medical Associates se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$ 25.00 por citas perdidas que no haya notificado a nuestra oficina con 24 horas de anticipación. Múltiples citas perdidas pueden llevar a la terminación de un paciente de nuestra práctica a discreción del médico.

Formularios/Papeleo: Los formularios y el papeleo, incluidos, entre otros, discapacidad y FMLA, se completarán por usted por un cargo de \$15.00 por los primeros 2 formularios. Cualquier formulario adicional tendrá un costo de \$10.00 cada uno. El pago vence en el momento de la solicitud. El papeleo se completa según lo permita el tiempo y se le notificará cuando esté completo.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos.

Firma del Paciente o Responsable

Fecha

Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Asociados Médicos Comunitarios

Portal del paciente Azalea

Inicial para indicar selección:

_____ Me gustaría conectarme con mi médico usando el Portal del paciente de Azalea . Entiendo que tendré acceso a cierta información médica y que podré enviar mensajes a mi médico y programar citas. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Community Medical Associates si cambio mi dirección de correo electrónico.

Correo electrónico: _____ Teléfono : _____

*** El personal de la oficina ingresará el correo electrónico anterior. Una vez ingresado el correo electrónico, recibirá una invitación a través del correo electrónico anterior para unirse a Azalea Healthcare y se le dará acceso a su registro médico de Azalea. Su nombre de usuario será el correo electrónico de arriba. Mantenga todos los nombres de usuario y contraseñas en una ubicación segura.

*** Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Community Medical Associates si cambio mi dirección de correo electrónico.

_____ Me gustaría rechazar la capacidad de conectarme con mi médico usando el Portal del paciente de Azalea . Entiendo que puedo unirme al portal en cualquier momento en el futuro.

Nombre del paciente : _____

Firma : _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

MR #: _____

Actualizado 21/12/2017 kp

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS PAGINAS DE ESTE FORMULARIO

INFORMACIÓN DE FARMACIA		
Nombre de la farmacia:	Dirección:	Teléfono #:

MEDICAMENTOS ACTUALES			
ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS RECETADOS O DE VENTA LIBRE, VITAMINAS, SUPLEMENTOS DIETÉTICOS, ETC. QUE USTED ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE.			
Nombre de la droga/potencia	Dosis (# de pastillas)	Tomado con qué frecuencia	Razón

ALERGIAS

¿TIENES ALGUNA ALERGIA A LO SIGUIENTE? MARQUE LA CASILLA SI ES SÍ, Y ENUMERE LA REACCIÓN.

ALERGIA	REACCIÓN
<input type="checkbox"/> PENICILINA	
<input type="checkbox"/> AMOXICILINA	
<input type="checkbox"/> SULFA	
<input type="checkbox"/> ASPIRINA	
Otro	
Otro	
Otro	
Otro	

ALERGIA	REACCIÓN
<input type="checkbox"/> LÁTEX	
<input type="checkbox"/> ERITROMICINA	
<input type="checkbox"/> EPINEFRINA	
<input type="checkbox"/> CODEÍNA	
Otro	
Otro	
Otro	
Otro	

HISTORIA MÉDICA PERSONAL

¿TIENE AHORA (ACTUALMENTE) O HA TENIDO (PASADO) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES O TRATAMIENTOS? [] NINGUNA

CONDICIÓN/TRATAMIENTO	ACTUAL	PASADO
SIDA		
ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS		
ALERGIAS		
ANEMIA		
ANSIEDAD		
ARTRITIS		
ASMA		
ENFERMEDAD DE LA SANGRE		
COÁGULOS DE SANGRE		
CÁNCER: TIPO DE LISTA		
QUIMIOTERAPIA		
TOS PERSISTENTE		
TOS CON SANGRE		
DOLOR CRÓNICO: LOCALIZACIÓN		
DEPRESIÓN		
DIABETES		

CONDICIÓN/TRATAMIENTO	ACTUAL	PASADO
PROBLEMAS DEL CORAZÓN		
HEMOFILIA		
HEPATITIS		
ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA		
COLESTEROL ALTO		
VIH		
INCONTINENCIA		
ENFERMEDAD RENAL/FALLA		
CÁLCULOS RENALES		
ENFERMEDAD DEL HIGADO		
DIFICULTADES DE MEMORIA		
ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA		
TRATAMIENTO DE RADIACIÓN		
DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
ÚLCERA ESTOMACAL		
CARRERA		
HINCHAZÓN: PIES O TOBILLOS		

HISTORIA MÉDICA PERSONAL (CONTINUACIÓN)

¿TIENE AHORA (ACTUALMENTE) O HA TENIDO (PASADO) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES O TRATAMIENTOS? NINGUNA

CONDICIÓN/TRATAMIENTO	ACTUAL	PASADO
MAREOS/DESMACHOS		
EPILEPSIA/CONVULSIONES		
DESMAYO		
CAÍDAS, FRACTURA DE CADERA		
GLAUCOMA		
DOLOR DE CABEZA/MIGRAÑAS		
SOPLO CARDÍACO		

CONDICIÓN/TRATAMIENTO	ACTUAL	PASADO
PROBLEMAS TIROIDEOS		
AMIGDALITIS		
TUBERCULOSIS		
ENFERMEDAD VENÉREA		
OTRO: POR FAVOR LISTA		

PRUEBAS DE DETECCIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

SOLO MUJERES:

LÍPIDOS (COLESTEROL) FECHA:	¿ANORMAL? <input type="checkbox"/> SÍ NO	MAMOGRAFÍA FECHA:	¿ANORMAL? <input type="checkbox"/> SÍ NO
FECHA DE COLONOSCOPIA:	¿PÓLIPO? <input type="checkbox"/> SÍ NO	FECHA DE LA PRUEBA DE PAP:	¿ANORMAL? <input type="checkbox"/> SÍ NO

HISTORIA FAMILIAR

POR FAVOR INDIQUE SI UN FAMILIAR TIENE/O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES Y POR FAVOR ENUMERE RELACIÓN (Ej. Madre, Padre, etc.)

	CONDICIÓN/ENFERMEDAD	PARIENTE
<input type="checkbox"/>	ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS	
<input type="checkbox"/>	DESORDEN SANGRANTE	
<input type="checkbox"/>	CÁNCER: TIPO DE LISTA	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	DIABETES	
<input type="checkbox"/>	ATAQUE AL CORAZÓN	
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	

	CONDICIÓN/ENFERMEDAD	PARIENTE
<input type="checkbox"/>	COLESTEROL ALTO	
<input type="checkbox"/>	ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA	
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DEL RIÑÓN	
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DEL HIGADO	
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD MENTAL	
	Otro	

HISTORIA QUIRURGICA

POR FAVOR MARQUE CUALQUIER PROCEDIMIENTO O CIRUGÍA. ENUMERE CUALQUIER HALLAZGO ANORMAL O COMPLICACIONES. NINGUNA

PROCEDIMIENTO	AÑO	COMENTARIOS:
<input type="checkbox"/> APENDECTOMÍA		
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE ESPALDA		
<input type="checkbox"/> BIOPSIA (UBICACIÓN)		
<input type="checkbox"/> STENTS CARDIACOS		
<input type="checkbox"/> SECCION DE CESÁREA		
<input type="checkbox"/> EDG		
<input type="checkbox"/> VESÍCULA BILIAR		
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE CADERA		

PROCEDIMIENTO	AÑO	COMENTARIOS:
<input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA		
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE RODILLA		
<input type="checkbox"/> VASECTOMIA		
<input type="checkbox"/> MARCAPASOS		
<input type="checkbox"/> PRÓSTATA		
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE CORAZÓN		
<input type="checkbox"/> OTRO:		
<input type="checkbox"/> OTRO:		

OTRAS ENFERMEDADES, HOSPITALIZACIONES U OPERACIONES (NO MENCIONADAS ANTERIORMENTE)

AÑO	LUGAR	ENFERMEDAD, LESIÓN, OPERACIÓN	MÉDICO

OTROS MÉDICOS INVOLUCRADOS EN SU ATENCIÓN

EL NOMBRE DEL DOCTOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO #:

HISTORIA SOCIAL

ESTADO ACTUAL DE TRABAJO: TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL JUBILADO DISCAPACITADO DESEMPLEADO ESTUDIANTE

OCUPACIÓN DE PROFESIÓN (DEL PACIENTE): _____

¿HACES EJERCICIO REGULARMENTE? SÍ NO

¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO? _____

¿CUÁNTO TIEMPO? _____ ¿CON QUÉ FRECUENCIA? _____

¿ACTUAL FUMADOR? SÍ NO

PAQUETES/DÍA: _____ # DE AÑOS: _____

¿EX FUMADOR? SÍ NO

PAQUETES/DÍA: _____ # DE AÑOS DETENIDOS: _____

¿SUMERJAS/MASTICAS? INMERSIÓN M^a EDAD INICIO _____ NÚMERO DE PAQUETES/BOLSAS POR DÍA _____

USTED VAPEA SÍ NO EDAD INICIO _____ CUÁNTAS VECES AL DÍA _____

¿BEBES ALCOHOL? SÍ NO

DE BEBIDAS/SEMANA: _____ CERVEZA VINO LICOR

¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ O CONSUME ACTUALMENTE ALGUNA DROGA ILÍCITA? SÍ NO

¿CÓMO DESCRIBIRÍAS TU SALUD?

BUENO REGULAR POBRE

¿HA COMPLETADO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (ADHC), TESTAMENTO EN VIDA O POLST (ÓRDENES DEL MÉDICO DE TERAPIA DE SOSTENIMIENTO)?

(CIRCULE SOBRE TODO LO QUE CORRESPONDA)

SÍ NO

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL MÉDICO QUE REvisa EL HISTORIAL MÉDICO: _____ FECHA: _____