

PATIENT INFORMATION

_____ PRIMER NOMBRE, SEGUNDO, Y APELLIDO	_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ DOMICILIO	_____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL
_____ CIUDAD, ESTADO, Y CODIGO POSTAL	_____ TELEFONO DE DOMICILIO
_____ CORREO ELECTRONICO	_____ TELEFONO DE CELULAR
_____ LUGAR DE EMPLEO	_____ TELEFONO DEL EMPLEADOR
_____ CONTACTO DE EMERGENCIA Y RELACION	_____ TELEFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA

INSURANCE INFORMATION

_____ COMPANIA DE ASEGURANZA	_____ NOMBRE TITULAR DE LA POLIZA
_____ RELACION DEL TITULAR DE LA POLIZA	_____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
_____ LUGAR DE TRABAJO DEL ASEGURADO	_____ NUMERO DE TELEFONO DE EL EMPLEADOR
_____ COMPANIA DE ASEGURANZA SECUNDARIA	_____ NOMBRE TITULAR DE POLIZA
_____ RELACION DEL TITULAR DE LA POLIZA	_____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
_____ LUGAR DE TRABAJO DEL ASEGURADO	_____ NUMERO DE TELEFONO DE EL EMPLEADOR

RACE/ETHNICITY

<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	<input type="checkbox"/> WHITE
<input type="checkbox"/> ASIAN	<input type="checkbox"/> HISPANIC
<input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN	<input type="checkbox"/> OTHER RACE _____
<input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN	

NUEVA POLIZA DE PAGOS (PORFAVOR DE LEER ENTERAMENTE)

Progressive Surgical a implementado una nueva poliza para todos nuestros pacientes. Si usted desea ser visto por nuestra oficina, estaremos solicitando su informacion de tarjeta de credito/debito para mantener en archivo y sera usada para cubrir cargos no cubridos por su aseguranza. Pacientes seguiran siendo responsables a pagar copagos, co-aseguranza y cualquier deducible al tiempo de servicio. Si un balance resta despues de que su aseguranza a pagado, recibira dos billes por sus servicios, mandado el primero y quince de cada mes. El Pago se debe 30 dias de el primer bill.

Sera la responsabilidad de el paciente contactar a nuestra officina si tienen cualquier cuestion de su bill, la cantidad debida, configurar un plan de pagos, o darnos otro modo de pago antes de los 30 dias. Si no oimos de usted entro esos 30 dias, el balance de su cuenta sera cobrada a su tarjeta de credito/debito que solicitamos.

Su informacion de trajeta de credito/debito sera mantenido con el mas alto nivel de seguridad y nomas sera usada para sus gastos medicos.

Su entendimiento de y paciencia con esta nueva poliza is muy importante. Para ser claros, no abra cargos a su tarjeta hasta que su aseguranza page y un bill sea mandado por correo a su domicilio. Si no oimos de usted en los 30 dias que el bill fue mandado, cobraremos su tarjeta.

Nombre De Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre en la Tarjeta: _____

Typo de Tarjeta: ____ Visa ____ MasterCard ____ Discover ____ American Express

Numero de Tarjeta: _____

Fecha De Expiracion: ____/____ Codigo De Seguridad: _____ Codigo Postal: _____

Firmar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Forma de Permiso de Tarjeta de Credito/Debito

Mi firma encima autoriza a Progressive Surgical Associates de mantener mi informacion de tarjeta de credito/debito para ser utilizada para cargos que son mi responsabilidad, despues de que mi aseguranza a pagado su porcion. Yo entiendo que esta forma es valida hasta que yo proveer una nota escrita que esta revocada (despues de que todo mi balance este pagado). Tambien entiendo que si cambio mi numero de tarjeta de credito/debito, le suministrare a Progressive Surgical Associates con la nueva informacion de tarjeta de credito/debito.

**AUTORIZACION PARA TRATAR
(PORFAVOR DE INICIAL CADA LINEA ABAJO)**

Yo autorizo y doy mi consentimiento para el tratamiento/atencion rendidos por el medico/personal medico. _____

CONVENIO FINANCIERO Y CESION DE BENEFICIOS

He recibido y leído "nuestra poliza financiera" y estoy de acuerdo con los terminos. Tambien entiendo y acepto que los terminos pueden ser modificados por la practica de vez en cuando. _____

Adicionalmente, autorizo a Progressive Surgical Associates a que cobren a mi compania de azeguranza medica en mi nombre y aceptar pagos de ellos directamente. Se que se me requiere pagar cualquier copago, al igual pagar los cargos asignados a mi deducible o los servicios no cubiertos, incluyendo un asistente personal para la cirugia. _____

PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACION PARA EL USO DE REVELACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

He recibido o se me ha entregado la oportunidad de recibir una copia del "aviso de practicas de privacidad" el cual explica como, donde, y porque mi informacion medica protegida, el cual puede incluir informacion relacionada con el estatus de VIH/SIDA o reportes de estado mental, puede ser usado o compartido. _____

Aqui autorizo a mi seguro medico que facilite a Progressive Surgical Associates cualquier informacion obtenida en la adjudicacion de cualquier reclamacion en respecto a los servicios recibidos por ellos. Esta autorizacion es valida hasta que sea anulada por mi en escrito. Autorizo a Progressive Surgical Associates que proporcione informacion completa, incluyendo informacion medica protegida, solicitada por mi seguro medico o sus intermediaries con servicios proveidos. _____

Reconozco que Progressive Surgical Associates (PSA), los medicos, las enfermeras y otros empleados de PSA pueden obtener y compartir cualquier o toda mi informacion medica protegida con otros con tal de tratarme, con tal de acordar pago en mi cobro y para cuestiones que le preocupen a las operaciones o responsabilidades. _____

Ademas, autorizo la revelacion de mi informacion medica protegida a los proximos individuales/familiares:

Nombre

Relacion con el Paciente

Nombre

Relacion con el Paciente

NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES DEL PACIENTE

Usted consiente de forma expresa ser contactado por Progressive Surgical Associates (PSA), o algun empleado que llame en su nombre para cualquier y todos los propositos, a cualquier numero telefonico, direccion fisica o electronica que usted ha proveido o al cual se le pueda contactar, incluyendo llamadas, grabaciones, textos enviados por un sistema automatico, o correos electronicos enviados por un sistema de correo electronico. Usted reconoce de forma expresa que este consentimiento no puede ser revocado sin un acuerdo previo aceptado por nosotros. Usted esta de acuerdo en avisarnos inmediatamente cuando su informacion de contacto cambie.

X _____

FIRMA DE EL PACIENTE

FECHA

Doy permiso a Progressive Surgical Associates para:

- Dejar un mensaje detallado en mi correo de voz de casa/celular
- Llamar a mi lugar de trabajo y dejar un mensaje
- Llamar a mi lugar de trabajo y preguntar por mi
- Ninguna de las anteriores

X _____

FIRMA DE EL PACIENTE O LA PERSONA FINANCIAMENTE RESPONSABLE

FECHA

_____ NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, Y APELLIDO)		_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ NOMBRE DE DOCTOR PRIMARIO	_____ QUIEN LO REFIRIO?	_____ NOMBRE DE SU CARDIOLOGO
_____ NOMBRE Y DIRECCION DE SU FARMACIA?		

ALTURA _____ ft _____ inches	PESO _____ lbs	EDAD _____
------------------------------	----------------	------------

Office only:

MEDICAMENTOS

NOMBRE DE EL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES: PLAVIX, COUMADIN, LOVENOX, ASPIRIN, IBUPROFEN, MOTRIN?
 SI NO SI, SI, CUALES? _____

ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS PARA DIETA O HIERBAS NATURALES?
 SI NO SI, SI, CUALES? _____

HISTORIA MEDICA

TIENE O ALGUNA VES A TENIDO:

<input type="checkbox"/> RITMO DE CORAZON ABNORMAL	<input type="checkbox"/> ALTO COLESTEROL	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HIGADO
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> ERGE/REFLUJO ACIDO	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> FIBROMIALGIA	<input type="checkbox"/> EMBOLIA PULMONAR
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ATAQUE DE CORAZON	<input type="checkbox"/> EMBARGO
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD AUTOIMMUNO _____	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE CORAZON	<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL
<input type="checkbox"/> DESORDEN SANGRANTE	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> COAGULOS DE SANGRE	<input type="checkbox"/> PRESION ALTA	<input type="checkbox"/> ULCERA : _____
<input type="checkbox"/> CANCER, TIPO: _____	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> OTRO: _____
<input type="checkbox"/> MALFORACIONES CONGENETICAS	<input type="checkbox"/> HIPERTIROIDA	
<input type="checkbox"/> DEPRESION	<input type="checkbox"/> HIPOTIROIDE	
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL	

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

INDIQUE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS Y SU REACCION:

HISTORIA DE CIRUGIA

MARQUE CUALQUIER CIRUGIA QUE A TENIDO

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> APENDECTOMIA | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA | <input type="checkbox"/> HISTERETOMIA (VAGINAL) |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE ESPALDA | <input type="checkbox"/> VESICULA BILLIAR | <input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE LA ARTICULACION |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE BUSTO | <input type="checkbox"/> BYPASS GASTRICO / BANDA | <input type="checkbox"/> EXTIRPACION DE OVARIOS |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE COLON/RECTO | <input type="checkbox"/> BYPASS CARDIACO | <input type="checkbox"/> AMIGDALECTOMIA |
| <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA | <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE HEMORROIDES/BANDAS | <input type="checkbox"/> OTROS: _____ |
| <input type="checkbox"/> CESAREA | <input type="checkbox"/> REPARACION DE HERNIA: _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA (ABDOMINAL) | |

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

TIENE HISTORIA MEDICA DE **CANCER O CARDIOPATIA** EN SU FAMILIA? PORFAVOR DE NOMBRAR EL FAMILIAR Y SU CONDICION

HISTORIA SOCIAL

OCUPACION: _____

CONSUME ALCOHOL?

- SI (CUANTO? _____) ANTERIORMENTE CONSUMI ALCOHOL NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL

FUMA TABACO?

PRESENTEMENTE FUMO (CUANTO? _____)

- ANTERIORMENTE FUMABA (FECHA QUE PARO: _____) NUNCA EH FUMADO

PARA MUJERES:

CANTIDAD DE EMBARAZOS: _____

CANTIDAD DE PARTOS: _____

EN LOS ULTIMOS 12 MESES HA USADO: (CIRCULE UNO, SI ALGUNO LE PERTENECE)

COCAINA

MARIHUANA

ANFETAS

OTRAS: _____

EXAMEN DE SISTEMAS

<p>SINTOMAS GENERALES</p> <p>CAMBIO DE PESO RECIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>FIEBRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>FATIGA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOLORES DE CABEZA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DERMATOLOGIA</p> <p>SARPULLIDO O PICAZON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>VENAS VARICOSAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ENDOCRINO</p> <p>PROBLEMA GLANDULARES/HORMONALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>INTOLORENCIA AL FRIO O AL CALOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>BOMBA DE INSULINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CONDICIONES DE CENO</p> <p>DOLOR DE CENO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>BULTO EN EL CENO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SECRECION DE EL CENO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HEMATOLOGICO/LYNFATICO</p> <p>TENDENCIAS DE SANGRAR/MORETONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ANEMIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>FLETITIS/COAGULOS DE SANGRE EN LAS PIERNAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TRANSFUSION ANTERIORMENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>NEUROLOGICO</p> <p>CONVULSIONES/CONVULSION DE COAGULOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ENTUMECIMIENTO/SENSACION DE HORMIGUEO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>PARALISIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DERRAME CEREBRAL/AIT <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>OFTALMOLOGICO</p> <p>USA ANTEOJOS/LENTE DE CONTACTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>VISION DOBLE O BORROSA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>OIDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA</p> <p>ZUMBIDO O PERDIDA AUDITIVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HEMORRAGIA NASAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOLOR DE GARGANTA/ALTERACION DE VOZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>RESPIRATORIO</p> <p>ASMA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ENGISEMA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TOZ CRONICA/FREQUENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>NEUMONIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>CARDIOVASCULAR</p> <p>SOPLO CARDIACO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>PROLAPSO DE VALVULA MITRAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>FIEBRE REUMATICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOLOR/ANGINA DE PECHO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>PALPITACIONES (LATIDOS RAPIDO) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>MARCAPASOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DERRAME CEREBRAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HISTORIA DE ATAQUE DE CORAZON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>GASTROINTESTINAL</p> <p>PERDIDA DE APETITO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ALTERACION DE HABITOS INTESTINALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>NAUSEAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>VOMITOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DIARREA FRECUENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DEPOSICIONES DOLOROSAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CONSTIPACION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SANGRADO RECTAL/HECES CON SANGRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ICTERICIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>VOMITO CON SANGRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HISTORIA DE ENFERMEDAD HEPATICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ACIDEZ/REFLUJO ACIDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>MUSCULO-ESQUELETICO</p> <p>DOLOR EN LAS ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>RIGIDEZ/HINCHAZON DE ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DEBILIDAD MUSCULAR/ARTICULAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOLOR DE ESPALDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>PSIQUIATRICO</p> <p>NERVIOSISMO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DEPRESION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>INSOMNIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ANSIEDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>GENITOURINARIO</p> <p>INCONTINENCIA O GOTEO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ORINA CON SANGRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CALCULOS RENALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
---	---

MI FIRMA SIGNIFICA QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE EN ESTE DOCUMENTO, CUAL INCLUYE MI INFORMACION MEDICA, ES CORRECTA Y COMPLETA A LO MEJOR DE MI RECONOCIMIENTO.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____