

PRIMARY INSURANCE (SEGURO MEDICO PRIMARIO)

Name of Insurance: (Nombre del Seguro Medico) _____ PPO _____ HMO _____

Group Name: (Nombre del Grupo) _____ Number: (Numero) _____

Policy Number: (Numero del Poliza) _____

Insured Person: (Persona Asegurada) Self: (Yo Mismo) _____ Spouse: (Esposo/a) _____

Child: (Menor de Edad) _____ Other: (Otro) _____

Name of Spouse: (Nombre de Esposo/a) _____ Date of Birth: (Fecha de Nacimiento) _____

Employer: (Compania Para la Cual Trabaja) _____ Occupation: (Ocupación) _____

Employer Address: (Domicilio de Compania) _____ City: (Ciudad) _____

State: (Estado) _____ Zip: (Zona Postal) _____ Telephone: (Telefono) (____) _____ - _____

IF THE PATIENT IS A CHILD (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Name of Father: (Nombre y Apellido del Padre) _____ Date of Birth: (Fecha de Nacimiento) _____

Address if Different: (Domicilio) _____

Employer Address: (Domicilio de Compania) _____

City: (Ciudad) _____ State: (Estado) _____ Zip: (Zona Postal) _____

Telephone: (Telefono) (____) _____ - _____ Occupation: (Ocupación) _____

Name of Mother: (Nombre y Apellido del Madre) _____ Date of Birth: (Fecha de Nacimiento) _____

Address if Different: (Domicilio) _____

Employer Address: (Domicilio de Compania) _____

City: (Ciudad) _____ State: (Estado) _____ Zip: (Zona Postal) _____

Telephone: (Telefono) (____) _____ - _____ Occupation: (Ocupación) _____

SECONDARY INSURANCE (SEGURO MEDICO SECUNDARIO)

Name of Insurance: (Nombre del Seguro Medico) _____ Insured Person: (Persona Asegurada) _____

Policy Number: (Numero del Poliza) _____ Group #: (#Grupo) _____

By signing below, I authorize the physician and office staff to furnish information to insurance carriers concerning this illness or injury, and hereby irrevocably assign to the physician all payments for medical services rendered. (Yo autorizo al medico a proporcionar informacion a la aseguradora en relacion a esta enfermedad o accidente e irrevocablemente asigno al medico todos los pagos por los servicios medicos recibidos.)

I understand that I am financially responsible for all charges, whether or not covered by my insurance. Comprendo que soy financilmente responsable por todos los cargos sean o no sean cubiertos por el seguro medico)

There will be a \$25.00 charge on any missed appointments without a 24 hour notice. (Habrá un cobro de \$25.00 por citas perdidas sin previo aviso de 24 horas.)

Signed: (Firme) _____ Date: (Fecha) _____



HIPAA Aviso de prácticas de privacidad:

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información de salud protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura o condición y los servicios relacionados con la salud.

Usos y Revelaciones de Información Protegida de Salud:

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveer servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su cuidado médico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con un tercero. Por ejemplo, podríamos divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que proporciona cuidado a usted. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobación para una estancia en el hospital puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información protegida de la salud con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencias, marketing y actividades de recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en la mesa de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: problemas de salud pública como lo requiere la ley, Enfermedades Transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, los requisitos de la Food and Drug Administration, los procedimientos judiciales; Encargados de Hacer Cumplir la Ley, médicos forenses, directores de funerarias y donaciones de órganos, investigación, actividad criminal, la actividad militar y Seguridad Nacional, Compensación de Trabajadores, reclusos, Usos y divulgaciones; Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164500. Otros Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones se harán solamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse a menos que requerido por la ley. Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o divulgación indicado en la autorización.

Sus Derechos: Los siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada en la anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique.

El médico no está obligado a aceptar la restricción que usted puede solicitar. Si su médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. A continuación, tiene el derecho de utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa.

Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros, a petición, incluso si usted ha acordado aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de tener a su médico enmienda su información protegida de salud. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si los hubiere, de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informará por correo de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Quejas: Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de la intimidad de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Esta nota se publicó y entra en vigencia en / o antes de Abril 14, 2003.

Estamos obligados por ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono al (619) 426 a 3240.

La firma debajo de es sólo reconocimiento que usted ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



**Autorización para la revelación de la infamación de salud
conforme con la ley HIPPA**

En abril de 2003, los nuevos requisitos federales relacionadas con la confidencialidad de la información para pacientes de cuidados de salud en vigor. The Health Insurance Portability and Protection Act (HIPPA) requieren que todos los proveedores de servicios médicos, compañías de seguros y otras puestas en marcha controles para asegurar que su información médica personal está a salvo.

Doy permiso para que mi información de salud protegida sea divulgada con el propósito de comunicar los resultados, conclusiones y decisiones de asistencia a los miembros de la familia y otras personas que figuran a continuación. Entiendo que puedo solicitar las personas a salir de la sala de examen en cualquier momento.

A continuación están autorizados a recibir toda mi información de registro médico:

| | <u>Nombre de la persona</u> | <u>Relación</u> |
|----|------------------------------------|------------------------|
| 1. | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ |

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Policia de Responsabilidad Financiera

Es la policia de esta oficina que todos los pacientes, o sus garantes financieros sean responsables de los servicios prestados por William Eves MD, Inc. Nuestra oficina espera co-pagos que se requieren de su seguro de salud que se pagarán en el momento del servicio . El paciente será responsable de cualquier porción de la factura que no sea cubierto por su compañía de seguros.

Si su seguro de salud requiere que tenga una referencia de su médico primario, en últimamente es su responsabilidad comprobar que nuestra oficina ha recibido la recomendación antes de su visita. Si no hemos recibido su referencia en el momento de su visita, usted tendrá que cambiar su cita, o usted será responsable de pagar por los servicios que se prestan a esa cita.

Si usted perdiera su seguro médico, usted será responsable de pagar por los servicios prestados que reciba.

Yo por este medio entiendo y estoy de acuerdo con la política financiera de William C. Eves MD, Inc.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Garante (si es necesario): _____

Relación con el paciente: _____



¿Ha tenido una resonancia magnética? sí no ¿Cuándo? _____

¿Dónde?

Sharp
 Scripps

Imaging Healthcare
 Paradise Valley

Balboa
 otro: _____

¿Ha tenido otras pruebas? sí no

¿Qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____

¿Ha estado usted en tratamiento para este problema? sí no

¿Ha tenido terapia física? sí no

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido alguna inyección? sí no ¿Cuándo? _____

¿Qué tipo? Cortisona otro: _____

¿Ha sido tratado con medicamentos? sí no

¿Cuáles? _____

¿Cualquier otro tipo de tratamiento? sí no ¿Cuándo? _____

¿Cuáles? _____

¿Tiene algún otro problema médico que le gustaría discutir con el médico hoy? sí no

Describe: _____

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

¿Toma usted medicamentos? sí no

| Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia | Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia |
|------------------------|-------|------------|------------------------|-------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Toma medicamentos para adelgazar la sangre? sí no

En caso afirmativo, marque uno: Coumadin
Plavix
otro

Describe: _____

¿Tiene usted alergia a algún tipo de medicamentos? sí no

| Nombre del medicamento | Reacción |
|------------------------|----------|
| | |
| | |
| | |

¿Cuál es su altura actual? _____ ¿Cuál es su peso actual? _____

Gracias por su tiempo en completar este cuestionario.



Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2 llenar todo el óvalo como se muestra...



POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL APELLIDO DEL PACIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES

DÍA

AÑO

¿Cuál es el motivo **PRIMARIO** por el cual está visitando al doctor hoy?

hombro

brazo

codo

antebrazo

muñeca

mano

cuello

espalda lumbar

cadera

muslo

rodilla

pierna

tobillo

pie

otro: _____

¿De qué lado tiene el problema?

derecho

izquierdo

ambos

¿Tiene?

dolor

hinchazón

inestabilidad

entumecimiento

otro: _____

¿Cuanto tiempo que tiene este problema?

días

semanas

meses

años

Describe: _____

¿Tuvo usted alguna lesión?

sí

no

¿Fecha? _____

Describe: _____

¿Le ocurrió la lesión en el trabajo?

sí

no

Describe: _____

¿Actualmente tiene dolor?

sí

no

¿Cuánto dolor tiene en una escala del 0 al 10?



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



¿Qué tipo de dolor?

afilado

dolor constante

quemazón

otro: _____

¿Cuál es la frecuencia del dolor?

intermitente

constante

por la noche

otro: _____

¿Qué actividades le causan dolor?

actividades sobre la cabeza

caminar

sentarse

correr

acupuntura

masaje

flexión

pararse

otro: _____

¿Qué le alivia el dolor?

medicamento para el dolor

otro: _____

¿Usted tiene entumecimiento u hormigueo?

sí

no

Describe: _____

¿Ha tenido radiografías?

sí

no

¿Cuándo? _____

¿Dónde?

Sharp

Scripps

Imaging Healthcare

Paradise Valley

Balboa

otro: _____



Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2 llenar todo el óvalo como se muestra...



POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL APELLIDO DEL PACIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES DÍA AÑO

HISTORIAL SOCIAL

¿Cuál es su profesión? ¿Cuánto tiempo? actualmente (todos los días) en el pasado ¿Usted fuma? actualmente (algunos días) nunca

¿A qué edad empezó a fumar?

Si dejó de fumar, ¿a qué edad dejó de fumar?

¿Cuántos cigarrillos fuma actualmente al día?

¿Está usted expuesto al humo pasivo (segunda mano)? sí no

ALCOHOL

¿Usted toma alcohol? ¿Qué tipo(s)? cerveza vino otro tipo ¿Cuántos por día? 1-2 3-5 6-9 10+

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- hipertensión, enfermedad del corazón, enfisema, enfermedad hepática, colesterol alto, vena profunda trombosis, trastorno de la coagulación, enfermedad de la tiroides, convulsiones, gastritis, la adicción a las drogas, transfusión de sangre, depresión, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cáncer ¿Qué tipo?, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar, asma, hepatitis, diabetes, coágulos de sangre, enfermedad renal, anemia, epilepsia, úlceras, artritis, gota, el trastorno de ansiedad, tuberculosis, NINGUNA de las anteriores

¿Tiene usted un stent cardíaco? sí no

¿Tiene usted un cardiólogo? sí no

Nombre cardiólogo:

¿Tiene otros problemas médicos? sí no

¿Cuáles?

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Tiene usted alguna enfermedad hereditaria?

- DESCONOCIDA historia familiar, enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar, hipertensión, colesterol alto, enfermedad de la tiroides, trastorno de la coagulación, depresión, el trastorno de ansiedad, cáncer ¿Qué tipo?, diabetes, coágulos de sangre, accidente cerebrovascular, enfermedad hepática, enfermedad renal, tuberculosis, úlceras, artritis, otro, NINGUNA de las anteriores

¿Están vivos sus padres? sí no

¿Si no, explique la causa de su muerte? ¿Edad de la muerte?

Gracias por su tiempo en completar este cuestionario.

Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2 llenar todo el óvalo como se muestra...



POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL APELLIDO DEL PACIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES

DÍA

AÑO

Favor de marcar todas las cirugías que ha tenido.

No he tenido CIRUGÍAS

- Reparación de la Fisura Anal
- Apendectomía
- Hemorroidectomía

- Cirugía de Disco de la Espalda Baja
- Cirugía de Disco del Cuello
- Cirugía de los Senos Nasales

- Amigdalectomía
- Cirugía de Úlcera
- La Vasectomía

- Desviación del Septo Nasal
- Ligadura de Trompas

La Cirugía de la Próstata

RTU de Próstata

Extracción

La Cirugía de la Vesícula Biliar

Abierto

Laparoscópica

Extracción de Pólipos del Colon

Abierto

Colonoscopia

Extracción del Colon

Parcial

Completo

Histerectomía (debido a cáncer)

Parcial

Completo

Histerectomía (no debido a cáncer)

Parcial

Completo

Fusión Espinal

Cuello

Espalda Baja

Descompresión Espinal

Cuello

Espalda Baja

Dilatación y Cuteraje

Sólo Una

Varias

Cirugía Pulmonar

Izquierdo

Derecho

Ambos

Extirpación del Riñón

Izquierdo

Derecho

Ambos

Cirugía de Cataratas

Izquierdo

Derecho

Ambos

Extracción del Bulto del Cáncer de Mama

Izquierdo

Derecho

Ambos

Mastectomía

Izquierdo

Derecho

Ambos

Reconstrucción Mamaria

Izquierdo

Derecho

Ambos

Reducción de Senos

Izquierdo

Derecho

Ambos

Extracción del Ovario

Izquierdo

Derecho

Ambos

La Cirugía del Túnel Carpiano

Izquierdo

Derecho

Ambos

Reparación del Manguito Rotador

Izquierdo

Derecho

Ambos

Cirugía Artroscópica de los Hombros

Izquierdo

Derecho

Ambos

Fractura de Cadera y Cirugía

Izquierdo

Derecho

Ambos

Reemplazo Total de Cadera

Izquierdo

Derecho

Ambos

Reemplazo Total de Rodilla

Izquierdo

Derecho

Ambos

La Artroscopia de Rodilla

Izquierdo

Derecho

Ambos

Cirugía del Pie

Izquierdo

Derecho

Ambos

Las Piernas - Cirugía de Circulación

Izquierdo

Derecho

Ambos

Mastoidectomía

Izquierdo

Derecho

Ambos

Extracción de Tiroides

Izquierdo

Derecho

Total

Parcial

Biopsia de Mama

Izquierdo

Derecho

Ambos

Varias Veces

Cirugía de la Arteria Carótida

Izquierdo

Derecho

Ambos

Varias Veces

Cirugía Abierta de Hernia Inguinal

Izquierdo

Derecho

Ambos

Varias Veces

Cirugía Laparoscópica de la Hernia Inguinal

Izquierdo

Derecho

Ambos

Varias Veces

Cesárea

1

2

3 o Más

Reemplazo de Válvula Cardíaca

Mitral

Aórtico

Tricúspide

Valvula Desconocida

Cirugía de Derivación Cardíaca

1 Vaso

2 Vasos

3 Vasos

4 o Más Vasos

Numero Desconocido de Vasos

Otras Cirugías En caso afirmativo, especifique el tipo, dónde y cuándo:

¿Alguna vez ha estado hospitalizado? Sí No

En caso afirmativo, especifique el tipo, dónde y cuándo:



Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2 llenar todo el óvalo como se muestra...



POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTE EL APELLIDO DEL PACIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTE EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES

DÍA

AÑO

Favor de marcar sólo los síntomas que **ACTUALMENTE** tiene:

Marcar todos los que apliquen --- si no hay síntomas favor de marcar "NINGUNO".

GENERAL

fiebre
escalofríos

fatiga
pérdida de peso

NINGUNO

OJOS

dolor de ojo

pérdida de la visión

NINGUNO

OÍDOS / NARIZ / GARGANTA

deterioro de olor
ronquidos sonoros

dificultad para tragar
problemas de audición

NINGUNO

CARDIOVASCULAR

dolor de pecho

palpitaciones

NINGUNO

RESPIRATORIO

dificultad para respirar

tos

NINGUNO

GASTROINTESTINAL

dolor abdominal
estreñimiento

diarrea
nauseas

NINGUNO

GENITOURINARIO

infecciones de la vejiga

problemas urinarios

NINGUNO

MÚSCULO ESQUELÉTICO

dolor musculares
calambres musculares

hinchazón
debilidad

NINGUNO

PIEL

erupciones / sarpullido en la piel

piel seca

NINGUNO

NEUROLÓGICO

dolor de cabeza
ataques

mareos
entumecimiento

NINGUNO

PSIQUIÁTRICO

ansiedad

depresión

NINGUNO

SANGRE / LINFÁTICO

problemas de sangrado

anemia

NINGUNO

OTROS SÍNTOMAS

explique: _____

Gracias por su tiempo en completar este cuestionario.