

Por favor ESCRIBA claramente con bolígrafo.

INFORMACION DEL PACIENTE*Por favor presente su licencia y tarjeta de seguro*

1. Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
 2. # De Seguro Social: _____ - _____ - _____ 3. Fecha de Nacimiento (M/D/A): ____ / ____ / ____ 4. Sexo: ☐ H ☐ M

5. Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
 6. #s de Telefono: Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Oficina: (____) _____
 7. Prefiere Utilizar? ☐ Casa ☐ Celular ☐ Oficina 8. Correo Electronico: _____
 9. Direccion de envio:(si diferente de direccion primario): _____
 10. Nombre de contacto de emergencia: _____ # de telefono: (____) _____

11. Raza: ☐ India/Alaska Nativo ☐ Asiatico ☐ Africano Americano ☐ Nativo Hawaiano/Pacifico Islandia ☐ Americano
☐ Prefiero no contestar
 12. Origen etnico: ☐ Hispano ☐ No Hispano o Latino ☐ Preferio no contestar
 13. Idioma: ☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otro _____ ☐ Preferio no contestar
 14. Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a
 15. Estado de Empleo: ☐ Nino/a ☐ Estudiante ☐ Retirado/a ☐ Desempleado ☐ Empleado: Ocupacion: _____
 Employer: _____

16. Nombre de Pharmacia: _____ Direccion: _____ Tel: _____
 17. Medico de Atencion Primaria: _____ Direccion: _____ Tel: _____
 18. Quien recomendo su visita? ☐ Medico de Atencion Primaria ☐ Otro Doctor, Nombre: _____ Tel: _____
☐ Sala de emergencia ☐ Hospital ☐ Otro (Especifica): _____
 19. Como se entero de nosotros? ☐ Amigo(a)/Familia: Nombre _____ ☐ Otro (Especifica): _____

PACIENTE O GUARDIAN LEGAL (e.g. si paciente es menor)

1. Relacion al Paciente: _____
 2. Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 3. Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
 4. #s de Telefono: Home: (____) _____ Oficina: (____) _____ Celular: (____) _____
 5. Fecha de Nacimiento (M/D/A): ____ / ____ / ____ 6. Sexo: ☐ M ☐ F 7. # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Al firmar al pie de la pagina reconozco que la informacion que he proporcionado es correcta a mi saber y entender. Por medio de la presente autorizo a Atlantic, Ear, Nose & Throat y su personal a utilizar mi telefono y/o correo electronico para contactarme en caso de ser necesario.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

RELACION AL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Por Favor de completar las proximas paginas →



Seguro de Paciente

Por favor ESCRIBA claramente con bolígrafo.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO DEL PACIENTE

- ☐ Pago Propio/ No seguro
- ☐ Medicare: ☐ Regular Parte B ☐ Parte C Nombre del Plan: _____
- ☐ Medicare, Nombre del Plan Secundario: _____ O ☐ No Secundario)
- ☐ Seguro (Nombre: _____) ☐ Red de seguro: _____
- ☐ Compensacion de Trabajadores ☐ Otro Seguro Privado _____

Si su seguro requiere un referido, porfavor comuniquese con su Doctor Primario para que nos manden uno.

Por Favor traiga sus targetas de identificacion a su sita.

INFORMACION DE SEGURO

Relacion al Paciente: _____

Compania de Seguro Principal: _____ Seguro Secundario: _____

Apellido: _____ Nombre _____ Segundo Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono Casa: (_____) _____ Oficina: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Fecha de nacimiento (M/D/A): ____ / ____ / ____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Empleado: _____ Ocupacion: _____

PERSONA RESPONSABLE O FIADOR:

☐ Igual al Paciente ☐ Igual al guardian legal ☐ Otro (vea abajo) Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (M/D/A): ____ / ____ / ____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

#s de Telefono: Casada: (_____) _____ Oficina: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Empleado: _____ Ocupacion: _____

Al firmar al pie de la pagina reconozco que la informacion que he proporcionado es correcta a mi saber y entender. Por medio de la presente autorizo a Atlantic, Ear, Nose & Throat y su personal a utilizar mi telefon y/o correo electronico para contactarme en caso de ser necesario.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

RELACION AL PACIENTE: _____ FECHA: _____



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por favor firme cada sección con letra legible

(Si es menor de 18 años, debe ser firmado por los padres o representante legal.)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para el tratamiento, divulgación de la información, asignación de beneficios y responsabilidad financiera

Por medio de la presente autorizo a todos los médicos y personal de salud de Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a proporcionar tratamiento al paciente arriba mencionado. Entiendo que no hay garantía, expresa o implícita, de ningún resultado o cura.

Por medio de la presente autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A., médicos y personal a obtener todos los registros médicos necesarios de otras oficinas de médicas, hospitales, clínicas centros quirúrgicos, laboratorios y centros de pruebas médicas. Además, autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a remitir los registros de mi evaluación y/o tratamientos a mis médicos referentes y médico de atención primaria.

También autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a emitir toda la información necesaria para presentar el reclamo a mi seguro médico / Medicare, así como permito realizar una fotocopia de mi firma para procesar mi actual y futuros reclamos del seguro médico / Medicare. Por medio de la presente cedo los beneficios de mi seguro médico / Medicare los cuales deberán pagarse directamente a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. Por la presente autorizo a que mi información sea usada durante las acciones rutinarias de los cuidados de salud.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos financieros que se generen durante el curso del tratamiento, sean o no cubierto por algún seguro médico, y las tasas de cobro que puedan presentarse. Es mi responsabilidad pagar cualquier monto deducible, co-seguro (médico) o co-pago al momento de obtener el servicio médico. También entiendo que soy responsable de obtener cualquier autorización o referencia necesarios para los servicios proporcionados por Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A.

FIRMA DEL PACIENTE / RESPONSABLE: _____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Entiendo que, en virtud de la Ley Health Insurance Portability & Accountability de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a la información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimientos entre múltiples proveedores de salud los cuales es posible estén involucrados directa o indirectamente en ese tratamiento; obtener pagos de terceros, y conducir las actividades usuales de los cuidados de salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. He recibido, leído, y entendido su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de información de mi salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar el Aviso cada cierto tiempo y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada de dicho Aviso. Entiendo que puedo pedir por escrito que se restrinja la forma en que mi información privada será usada o divulgada para llevar a cabo acciones de tratamiento, pagos o atención médica. Igualmente, entiendo que no están obligados a aceptar las restricciones que solicite, pero si están de acuerdo con ellas, estarán obligados a cumplir dichas restricciones.

Puede discutir cualquier parte de mi historial médico con las personas incluidas en mi formato de registro y con las siguientes personas: (nombre) _____ (relación) _____
(nombre) _____ (relación) _____

FIRMA DEL PACIENTE / RESPONSABLE: _____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____ FECHA: _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement Form but was unable to do so as documented below:

Date:

Initials:

Reason:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Motivo principal de la visita de hoy _____

<p><i>Alergias (escribir "ninguno" si ninguno)</i></p> <p>Alergias a medicamentos- _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Otras alergias (e.g. tintes, contraste, latex)</p> <p>_____</p>	<p><i>Medicamentos actuales (escribir solo nombres, "ninguno" si ninguno)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>Vitales</i></p> <p>Anos _____</p> <p>Altura _____</p> <p>Peso _____</p>
---	--	---

Marque todo lo que corresponda en las secciones a continuación

<p><i>Otras condiciones médicas</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden Sangrante</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Derrame Cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea</p> <p><input type="checkbox"/> Apnea del Sueño</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna</p> <p><input type="checkbox"/> Complicaciones de Anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer (of _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Other (_____)</p>	<p><i>Cirugías pasada</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> Amigdalectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Adenoidectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Tiroidectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Tubos Auditivos</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugía de Oído</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugía de senos Paranasales</p> <p><input type="checkbox"/> Septoplastia Nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugía de la Arteria Carotida</p> <p><input type="checkbox"/> Marcapaso Cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Bypass Cardíaco/Valvula Cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> ACF (Anterior Cervical Fusion)</p> <p><input type="checkbox"/> Other (_____)</p>	<p><i>Antecedentes familiares de enfermedad</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna</p> <p><input type="checkbox"/> Complicaciones Anestesia</p>
---	---	--

<p><i>Cuántas veces bebes alcohol</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Daily</p>	<p><i>Fumar cigarrillos o cigarros</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca usado</p> <p><input type="checkbox"/> Usuario Anterior</p> <p><input type="checkbox"/> Actual usuario</p>	<p><i>Mascar tabaco</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca usado</p> <p><input type="checkbox"/> Usuario Anterior</p> <p><input type="checkbox"/> Actual usuario</p>
---	--	---

Patient (or Guardian) Signature _____ Date _____