

Por favor ESCRIBA claramente con boligrafo.

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

1. Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
2. # De Seguro Social:	3. Fecha de Nacimiento (M/D/A):	4. Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
5. Direccion: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____		
6. #s de Telefono: Casa: (_____) _____ Celular: (_____) _____ Oficina: (_____) _____		
7. Prefiere Utilizar? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Oficina	8. Correo Electronico: _____	
9. Direccion de envio:(si diferente de direccion primario): _____		
10. Nombre de contacto de emergencia: _____		# de telefono: (_____) _____
11. Raza: <input type="checkbox"/> India/Alaska Nativo <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiian/Pacifico Islandia <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
12. Origen etnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Preferio no contestar		
13. Idioma: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Preferio no contestar		
14. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		
15. Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Nino/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado: Ocupacion: _____ Employer: _____		
16. Nombre de Farmacia: _____ Direccion: _____ Tel: _____		
17. Medico de Atencion Primaria: _____ Direccion: _____ Tel: _____		
18. Quien recomendo su visita? <input type="checkbox"/> Medico de Atencion Primaria <input type="checkbox"/> Otro Doctor, Nombre: _____ Tel: _____ <input type="checkbox"/> Sala de emergencia <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro (Especifica): _____		
19. Como se entero de nosotros? <input type="checkbox"/> Amigo(a)/Familia: Nombre _____ <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 →

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 Segundario: _____ O No Segundario)
 Seguro (Nombre: _____) Red de seguro: _____
 Compensacion de Trabajadores Otro Seguro Privado _____

Si su seguro require un referido, por favor comuníquese con su Doctor Primario para que nos manden uno.

Por Favor traiga sus tarjetas de identificación a su cita.

INFORMACION DE SEGURO

Relacion al Paciente: _____

Compania de Seguro Principal: _____ Seguro Segundario: _____

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 qué 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 _____

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

Marque todo lo que corresponda en las secciones a continuación

<i>Otras condiciones médicas</i> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca <input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna <input type="checkbox"/> Complicaciones de Anestesia <input type="checkbox"/> Cancer (of _____) <input type="checkbox"/> Other (_____)	<i>Cirugías pasada</i> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Amigdalectomia <input type="checkbox"/> Adenoidectomia <input type="checkbox"/> Tiroidectomia <input type="checkbox"/> Tubos Auditivos <input type="checkbox"/> Cirugía de Oido <input type="checkbox"/> Cirugía de senos Paranasales <input type="checkbox"/> Septoplastia Nasal <input type="checkbox"/> Cirugía de la Arteria Carotida <input type="checkbox"/> Marcapaso Cardiaca <input type="checkbox"/> Bypass Cardiaco/Valvula Cardiaca <input type="checkbox"/> ACF (Anterior Cervical Fusion) <input type="checkbox"/> Other (_____)	<i>Antecedentes familiares de enfermedad</i> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna <input type="checkbox"/> Complicaciones Anestesia
<i>Cuantas veces bebes alcohol</i> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> Daily	<i>Fumar cigarrillos o cigarros</i> <input type="checkbox"/> Nunca usado <input type="checkbox"/> Usuario Anterior <input type="checkbox"/> Actual usuario	<i>Mascar tabaco</i> <input type="checkbox"/> Nunca usado <input type="checkbox"/> Usuario Anterior <input type="checkbox"/> Actual usuario

Patient (or Guardian) Signature _____

Date _____