



Información del Paciente para la Clínica

Por favor escriba con letra de molde y conteste todas las preguntas

Fecha _____

Nombre legal del paciente _____ Sexo: H / M
APPELLIDO PRIMER SEGUNDO

DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN FÍSICA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE HOGAR _____ # TELÉFONO CELULAR _____ # SS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN _____ # TELÉFONO _____

Garante *(Por favor complete si es distinto de la información arriba)*

Nombre de la persona responsable _____
APELLIDO PRIMER SEGUNDO

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE HOGAR _____ # TELÉFONO CELULAR _____ # SS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN _____ # TELÉFONO _____

Información del Seguro Médico

Seguro Primario _____

SUSCRIPTOR (Persona que tiene la póliza de seguro) _____ # de GRUPO _____ # DE PÓLIZA _____

SEGURO SUPLEMENTAL _____

SUSCRIPTOR (Persona que tiene la póliza de seguro) _____ # de GRUPO _____ # DE PÓLIZA _____

Cupones Médicos de DSHS: # PIC _____

Seguro Industrial Estatal / Seguro Privado de Indemnización Laboral _____

Fecha de Lesión _____ # de Reclamo _____

Empleador _____

IRS #91-0856279

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

TELÉFONO: De Día _____ De Tarde: _____

MÉDICO DE FAMILIA: _____

Información Médica General

Describe el problema medico actual / razon para la visita de hoy _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias a medicamentos: _____

Otros médicos que le dan tratamiento: _____

Otros problemas médicos o anteriores: _____

Escriba cualesquier cirugías u hospitalizaciones previas (incluya el número de malpartos y nacimientos vivos): _____

Solo para mujeres: ¿Está embarazada, planificando un embarazo o amamantando a su bebe? Sí No

Último periodo menstrual: _____

¿Fuma? : Sí No Cigarrillos Pipa Cigarros Núm Número de Años _____

¿Cuánto? _____ ¿Está interesado en dejar?

¿Bebe alcohol regularmente? Sí No ¿Cuántas onzas/cervezas por día? _____

¿Toma café? : Sí No ¿Cuántas tazas por día? _____

¿Está bajo mucha presión en casa o en su empleo? Sí No

Historia Médica Personal

¿Alguna vez ha tenido alguna de los siguientes problemas?: (Marque todos los que aplican)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho / Presion / Pecho apretado | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> Ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> TB/Trastorno Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Apoplejía | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas con la piel |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas con la audición | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Alergias o Eczema | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias Frecuentes | |

Otro: _____

Inmunizaciones

(Último año que las recibió, si lo sabe)

Tétano: _____

Tifoidea: _____

Polio: _____

Influenza: _____

Neumonía: _____

Rubeola: _____

Hepatitis: _____

Antecedentes Familiares

	PADRE	MADRE	ABUELOS MATERNOS	ABUELOS PATERNOS	HERMANOS	HIJOS
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema / Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al Corazón / Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Divulgación de Información y Consentimiento para Atención Médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Divulgación de Información: Cascade Medical (CM puede revelar todo o cualquier parte del expediente del paciente a cualquier persona o empresa que es o puede ser responsable bajo contrato a CM o al paciente por todos los cargos o parte de los cargos de CM, incluyendo, pero no limitado a, las compañías de seguro, agencias de salud gubernamentales, indemnización laboral y/o empleadores.

Responsabilidad Financiera y Asignación de los Beneficios de Seguro: Por la presente autorizo que el pago que de otra manera se pagaría a mí, se haga directamente a CM para beneficio de CM pero no debe exceder la carga regular de CM durante este período de servicio. Entiendo que soy financieramente responsable a CM por los cargos que no se paguen bajo esta asignación. Si se llegara a remitir la cuenta a una agencia de colección para que se recaude, yo el abajo firmante pagaré los gastos de colección y los honorarios de abogado y colección que sean razonables.

Además, autorizo a CM para que indague según lo determine necesario para confirmar cualquier cobertura y mi responsabilidad financiera, de terceros pagadores o referencias financieras que quizás he nombrado, y autorizo a los pagadores y/o referencias para que divulguen tal información a CM.

Aunque puede estar pendiente un reclamo de seguro, yo entiendo que pudiera recibir una declaración cada mes si mi cuenta tiene un saldo pendiente. Entiendo que CM no puede aceptar responsabilidad por recaudar mi reclamo de seguro o por negociar un acuerdo para un reclamo en disputa y que soy responsable por el pago puntual de mi cuenta y por cualesquier cargos delincuentes que resultan por no pagar la cuenta a tiempo.

El abajo firmante concuerda, sea que firme como agente o paciente, que en consideración de los servicios que se darán al paciente, por la presente él/ella individualmente se obligó a que pagaría la cuenta, además de obligar al paciente, y CMC puede pedir a uno de ellos o a ambos para que paguen.

Por favor escriba sus iniciales en la línea que aplica si una tarjeta de seguro no está disponible:

_____ Voy a enviar mi tarjeta por fax/correo o la traeré a CM.
 _____ Entiendo que se me enviará una factura hasta que traiga mi tarjeta.

Consentimiento para la Atención Médica: Por la presente, acepto que el paciente está bajo el control de su proveedor de atención médica y el abajo firmante consiente a cualquier tratamiento por servicios del hospital/clínica que se han provisto al paciente bajo las instrucciones generales y especiales de su proveedor de atención médica.

Pacientes de Medicare: Certificación del Paciente, Autorización para Divulgar Información y Solicitud de Pago: Certifico que la información dada por mí al solicitar para el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier individuo que posee información médica u otra información sobre mí a que divulgue a la Administración de Seguro Social o sus intermediarios o compañías portadoras, cualquier información necesaria para este reclamo o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago de beneficios autorizados se pague en mi nombre.

Fecha

Firma del Paciente o el Garante

Testigo

Relación al Paciente

Rehúso a firmar: El paciente se niega a firmar este documento.

Fecha

Recepcionista

Testigo



Formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información del Paciente

Yo (por favor escriba su nombre en letra de molde) _____

Autorice (nombre de la persona o la empresa) _____

Razón para la divulgación: _____

Envíe la información a (dirección de la persona o la empresa): _____

Por favor escoja una opción:

_____ **1. Por la presente autorizo** a Cascade Medical (CM) para que provea al individuo o empresa nombrada arriba con todos los datos médicos e información que quizás pidan con respecto a mi enfermedad o lesión.

_____ **2. Por la presente** me niego a que CM proporcione a la empresa o individuo mencionado arriba datos médicos e información sobre mi enfermedad o lesión.

_____ **3. Por la presente autorizo a CM para que proporcione a la empresa o individuo mencionado arriba con elementos específicos** de mis datos médicos e información que se indica abajo, con respecto a mi enfermedad o lesión.

(Si elige la opción 3, indique con sus iniciales la información que se puede divulgar por su autorización)

_____ Nombre, dirección, número de teléfono

_____ Número de Seguro Social

_____ Fecha de admisión

_____ Diagnóstico por la que fue admitido

_____ Resultados del examen físico

_____ Datos del laboratorio

_____ Informes de pruebas diagnósticas

_____ Informes de la intervención quirúrgica

_____ Lista de medicamentos

_____ Lista de tratamientos

_____ Información de las consultas médicas

_____ Notas personales secundarias (marque las que apliquen)

Notas de Enfermera Servicios Sociales Farmacia

Dietética Servicios Psiquiátricos

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

(el original se colocará en el expediente médico del paciente)



CASCADE MEDICAL
PARTNERS IN YOUR HEALTH

Acuse de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad

Yo, _____, por la presente acuso haber recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Cascade Medical Center.

Fecha

Firma del Paciente o su Representante

Relación (padre, guardián legal, representante personal, etc.)