

CLEAR CREEK CLINIC, P.A.
INFORMACION DEL PACIENTE
(PORFAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS)

Nombre: _____ **Sexo:** M F **Fecha de nacimiento:** _____
Direccion: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____
Estado Civil: S C D V **SS#:** _____ **# De Licencia:** _____
De Telefono De Casa: _____ **# De trabajo:** _____ **# de Celular:** _____
E-mail: _____ **Metodo de Contactarlo:** Correo / # de casa / Celular
Raza: _____ **Lenguaje preferido:** _____

Nombre del Padre o Guardian: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Direccion: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____
SS#: _____ **# De Licencia:** _____ **E-mail:** _____
De Telefono De Casa: _____ **# De trabajo:** _____ **# de Celular:** _____

Azeguranza/Persona responsable: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____
SS#: _____ **# De Licencia:** _____ **Relacion:** _____
De Telefono De Casa: _____ **# De trabajo:** _____ **# de Celular:** _____
Empleador : _____ **# De Telefono de Trabajo:** _____
Direccion de Trabajo: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Nombre de Espos(a) _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
De Telefono De Casa: _____ **# De trabajo:** _____ **# de Celular:** _____
Trabajo de Esposa : _____ **# de telefono de tabajo :** _____
Direccion de Trabajo: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Relacion:** _____
De Telefono De Casa: _____ **# De trabajo:** _____ **# de Celular:** _____
Tiene Testamento o Directivo Avanzado? _____ Si _____ No

HIPAA: Reconocimiento de Examen de Aviso de Prácticas de Privacidad:

Mediante la firma abajo estoy reconociendo que Clear Creek Clinic, P. A. Ha puesto a su disposición una copia de la notificación de Prácticas de Privacidad que se registró en el vestíbulo para mi examen y que tengo derecho a recibir una copia impresa de dicho documento a mi pedido.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Firma del Padre o Guardian: _____ **Fecha:** _____

Esta forma firmada servirá de la documentación en sus archivos médicos conforme a Pautas de Gobierno federal.

AUTORIZO LIBERACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA A LAS PERSONAS SIGUIENTES:

SEGUROS COMERCIALES: Autorizo la publicación de la información necesaria para presentar reclamaciones con mi compañía de seguros y asignar beneficios pagaderos en caso contrario a CLEAR CREEK CLINIC, P.A. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros. Saldos sin pagar están sujetos a futuras acciones. **MEDICARE:** Solicitar pago de Medicare autorizado beneficios hacerse CLEAR CREEK CLINIC, P.A. para cualquier servicios proporcionados a mí en mi nombre. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a sus agentes y HCFA cualquier información necesaria para determinar los beneficios por pagar por el servicio. Autorizo Medicare para amueblar el anterior nombre cualquier información sobre mis reclamaciones de Medicare bajo el título XVIII de la ley de Seguridad Social. (UNA COPIA DE MI FIRMA ES VÁLIDA COMO EL ORIGINAL). **MEDITECH:** autorizo a CLEAR CREEK CLINIC, P.A. para obtener registros médicos necesarios en el transcurso de mi evaluación y/o tratamiento. Este consentimiento es sujeto a escrito revocación por los firmantes en cualquier momento excepto en la medida en que se han tomado medidas. Liberar queda CLEAR CREEK CLINIC, P.A. de toda responsabilidad legal que pueda derivarse de la divulgación de su información. La información que se solicita se puede enviar por servicio de correo de los Estados Unidos o facsímil electrónico.

DINERO EN EFECTIVO: Me vanan a pedir una tarjeta de Credito/Cheque/Dinero en efectivo a la hora que sea registrada (o) con el entendimiento que me van a cobrar acordadndo al terminar la visita con un descuento del 10% por pagar al momento del servicio.

EL PAGO COMPLETO DEBE SER RALIZADO AL MOMOMENTO DEL SERVICIO.

Firma: _____ **Fecha:** _____

CLEAR CREEK CLINIC, P.A. HISTORIA FISICA CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____
 # De Telefono De Casa: _____ # De trabajo: _____ # de Celular: _____

Informacion De Farmacia:

Farmacia: _____ # de Telefono: _____

Lista de medicamentos (Incluya la fuerza y la dosis): _____

Alergias: _____

Porfavor incluya la fecha de su ultimo:

Vacuna del Tetano	_____	Examen de Colesterol	_____
Vacuna de la Gripe	_____	Examen Rectal	_____
Vacuna de la Pulmonia	_____	Exam de Densidad de los Huesos	_____
Mamograma	_____	Examen de Prostata	_____

HISTORIA FAMILIAR

Porfavor indique quien tiene el problema o condicion: M para Madre, P para Padre, H/ Hermano (a),
 T-M para Tia (o) Maternal, P-T Tia (o) Paterno, A/M Abuelos Maternos, A/P Abuelos Paternos

Artritis	_____	Convulsiones	_____	Enferedad Cardiaca	_____	Migraines	_____
Asma	_____	Diabetes	_____	Hemofilia	_____	Ataque al Corazon	_____
Trastorno Hemorragico	_____	Epilepcia	_____	Presion Alta	_____	Tiroides	_____
Cancer	_____	Glaucoma	_____	Enfermedad Renal	_____	Tuberculosis	_____
Dependencia Quimica	_____	Fiebre del Heno	_____	Enfermedad Mental	_____		
Otro	_____						

Porfavor liste las Hospitalizaciones Y Cirugias (incluya razones y fechas): _____

Mujeres solamente : Embarazada? __ SI __ NO Piensa salir embarazada ? __ YES __ NO
 # de Embarazos ___ # de hijos vivos ___ Fecha de ultimo Papanicolao _____ Fecha de ultimo Periodo Menstrual _____

HISTORIA MEDICA PASADA

Sida/HIV	_____	Paro cardiaco	_____	Problemas al oir	_____	Paperas	_____	Gota	_____
Artritis	_____	Herpes labial/Ampollas	_____	Ataque la corazon	_____	Palpitaciones	_____	Fatiga	_____
Asma	_____	Constipitacion/Diarrhea	_____	Soplo en el corazon	_____	Neumonia	_____	Otro	_____
Alergias	_____	Convulsiones	_____	Problemas de Corazon	_____	Fiebre Reumatica	_____		
Anemia	_____	Diabetes	_____	Hepatitis	_____	Fiebre Escarlatina	_____		
Anxiedad	_____	Devilidad/ Mareos	_____	Colesterol Alto	_____	Disfuncion sexual	_____		
Defectos al nacer	_____	Abuso De Drogas/ Alcohol	_____	Persion Alta	_____	Problema de Sinus	_____		
Problemas De vejiga	_____	Infeccion de oido	_____	Enfermedad Renal	_____	Dificultad al respirar	_____		
Cancer	_____	Enfisema	_____	Calambre de piernas	_____	Ataque cerebvascular	_____		
Paralisis Cerebral	_____	Enfermedad endocrina	_____	Enfermedad del Hgado	_____	Enfermedad al estomago	_____		
Dolor de Pecho	_____	Problemas de la Vision	_____	Sarampion	_____	Tuberculosis	_____		
Varicela	_____	Disfuncion Menstrual	_____	Tiroides	_____	Enfermedad venaria	_____		
Epilepsia	_____	Mononucleosis	_____	Ulceras	_____	Problemas al orinar	_____		

HABITOS: Fuma? _____ Paquetes por dia? _____ Cuanto tiempo? _____ Si dejo, cuando? _____
 Ejercicio? _____ Alcohol? _____ Dieta/Sal? _____ Copas de Cafe? _____ Vitaminas? _____
 Modo de Sueno? _____ Intolerancia a comidas? _____ Usa Drogas? _____ Hierbas? _____
 Pistolas en casa? _____ Viaja afura de los Estados Unidos? _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

CLEAR CREEK CLINIC POLIZA DE PAGO DEL PACIENTE

Como parte de nuestro compromiso para ofrecer atención médica y profesional excelente para usted y su familia, nos gustaría presentarle nuestra poliza de pago de la Oficina a fin de minimizar malentendidos acerca de las tarifas. Nuestras tarifas y métodos de pago son comparables con otros médicos de atención primaria en la zona. Pedimos el pago en el momento de servicio. Esto incluye el pago de la consulta y cualquier procedimientos y radiología realizado. Comúnmente requerimos pago en el momento de llegada. Para pacientes en pago en efectivo le pedimos nos proporcione una forma de pago para mantener hasta el final de la visita o puede pagar por adelantado si este no es agradable para usted. Si el pago se cobra por adelantado será una estimación de sus cargos y va a evaluarse al final de su visita.

Como cortesía, archivamos las consultas aplicables y gastos de hospital con sus compañías de seguros. Sin embargo, usted es responsable de todos los cargos. Le aconsejamos que se familiarice con los beneficios de su plan. Antes de cualquier procedimiento, estaremos disponibles para ayudarle a determinar su porción de la factura. Normalmente, esto incluye cualquier insatisfechas deducibles, copagos y coaseguro que deban pagarse antes al procedimiento

Cualquier prueba de laboratorio o prueba especializada que se llevan a cabo en nuestro centro por otra empresa le serán cobrados por separado por la empresa o establecimiento.

De vez en cuando su médico debe solicitar las pruebas que sean Médicamente necesarios, pero no pueden ser cubiertas por su compañía de seguros. Si a fin de permitirle recibir servicios no cubiertos por su compañía de seguros se debe firmar un formulario de notificación avanzada de beneficiario (ABN), el formulario y su responsabilidad financiera se revisará con usted en el momento de servicio. Ningún servicio se prestará hasta que se firma el formulario. Después de firmar un ABN, usted es responsable por el total de sumas debidas por servicios prestados a usted que no están cubiertos por su seguro.

Los siguientes formas de pago son permitidas: efectivo, cheque, orden de dinero y tarjetas de crédito.

Esta poliza se ofrece en un intento de desarrollar y mantener una continua relación profesional y agradable. Su cooperación es muy apreciada.

Damos la bienvenida a la oportunidad de hablar de cualquier aspecto de nuestra poliza financiera con usted.

Imprimir Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____