

LLENE TODA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ 2o Nombre _____

Apellido _____

de Seguro Social _____

Sexo _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil Casado Soltero
 Divorciado Viudo

(Marque uno) Empleado Jubilado Estudiante
 Otror _____

Empleador _____

Dirección de envío _____

Ciudad, Estado y Código Postal _____

Correo Electrónico _____

de Teléfono _____

Teléfono celular/del trabajo _____

Doctor de familia: _____

Médico Referente _____

PROPORCIONE LA RECEPCIÓN CON TODOS INFORMACIÓN DEL SEGURO

GARANTE / RESPONSABLE SI NO ES USTED EL PACIENTE DEL SEGURO Y/O INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

de Seguro Social _____

Sexo _____

Relación _____

de Teléfono _____

Nombre _____ 2o Nombre _____

Empleador _____

Apellido _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad, Estado y Código Postal _____

City, State Zip _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO: Por la presente autorizo el pago directamente al Médico de los Beneficios Quirúrgicos y/o Médicos, si los hubiere, pagaderos a mí por sus servicios como se describe, comprendiendo que soy responsable de pagar los servicios no cubiertos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por la presente autorizo al Médico a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento necesaria para procesar reclamos de seguros.

POR LA PRESENTE AUTORIZO QUE CUALQUIER REGISTRO MÉDICO NECESARIO PARA LA CONTINUACIÓN DE MI ATENCIÓN SE ENTREGUE A ANGELINA SURGICAL ASOCIADOS.

Firma (Paciente o Padre si es Menor) _____

Fecha _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

NOTAS DE LA OFICINA _____ INFORMES OPERATIVOS _____ RADIOLOGÍA _____
LABORATORIO/PATOLOGÍA _____ INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA/SEGURO _____
OTRO _____

____ DR. DARRY MEYER
____ DR. ALAN BASSIN
____ DR. JEFFREY HAMAKER
____ DR. ASHLEY MCELROY

TELÉFONO 936-634-8216
FAX 936-634-8723



Office use only: Wheelchair Stretcher

Cuestionario del paciente

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mejor # de Contacto: _____ Contacto de Emergencia: _____ Celula _____

*****DEBE llenar esta página - OMITIR INFORMACIÓN PODRÍA CAUSAR SERIOS PROBLEMAS DURANTE SU CIRUGÍA******

Tiene una Directiva Anticipada/Testamento de Vida o Poder Médico?: Sí o No

Si tiene algún papeleo (pruebas, laboratorios, lista de recetas, etc., déjelo en la recepción)

Razón de la visita: _____

Alergias a medicamentos: _____ Allergic Reaction to Anesthesia: YES NO

Doctor de familia: _____

Oftalmólogo: _____ MES/AÑO

Neumólogo: _____ MES/AÑO

Cardiólogo: _____ Ultima vez visto: _____ MES/AÑO

Altura: _____ " Peso: _____ Lbs Farmacia: _____ Calle de Farmacia: _____

TOMA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ABAJO EN FORMA DE PÍLDORA, POR FAVOR MARQUE:

- Pastillas o Aspirin BC Powder Alka-Seltzer Advil Aleve Ibuprofen Motrin Cayenne Cinnamon CoQ10
 Tabletas: Ajo Aceite de Pescado Naprosyn Omega-3 Saw Palmetto Turmeric Vitamin E Multivitamins
 Jengibre

Medicamentos Recetados

Medicamentos recetados: Dosis:# de veces tomadas Diariamente: Medicamentos recetados: Dosis:# de veces tomadas Diariamente:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Mg/Mcg/Units:	Mg/Mcg/Units:	Mg/Mcg/Units:	Mg/Mcg/Units:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eliquis (Apixaban): _____ | <input type="checkbox"/> Coumadin (Warfarin): _____ | <input type="checkbox"/> Diclofenac: _____ | <input type="checkbox"/> Pletal (Cilostazol): _____ |
| <input type="checkbox"/> Pradaxa (Dabigatran): _____ | <input type="checkbox"/> Plavix (Clopidogrel): _____ | <input type="checkbox"/> Mobic (Meloxicam): _____ | <input type="checkbox"/> Blood thinners not mentioned here: _____ |
| <input type="checkbox"/> Xarelto (Rivaroxaban): _____ | <input type="checkbox"/> Brilinta (Ticagrelor): _____ | <input type="checkbox"/> Diet Pills: _____ | |

EXAMENES:

Si tiene entre **21 y 64 años**, ¿se ha realizado una mamografía? _____ AÑO APROXIMADO Papanicolaou _____ AÑO APROXIMADO

Si tiene entre **40 y 75 años**, ¿ha tenido una prueba de detección de **cáncer de colon**? Si es así, ¿cuándo?: _____ AÑO APROXIMADO

Está usando productos de tabaco? Si No If yes, check : Fuma Masca Vapor, ¿cuánto tiempo? _____ Si No, Lo ha hecho en el pasado? YES NO

***Debe Marcar** **Ha tenido una transfusión de sangre?: SI o NO** En caso afirmativo, Tuviste una reacción? **SI o NO**

Padres: (Por favor marque al menos uno)

Papá vivo: Edad: _____ Papá falleció: Edad: _____ **Tiene el padre:** Diabetes Cardiopatía Cancer

Mamá viva: Edad: _____ Mamá Pasó: Edad: _____ **Tiene el padre:** Diabetes Cardiopatía Cancer

Eres? Casado/a Divorciado/a Soltero/a Viuda **Vives solo?** Si No

Estás Trabajando? Si No Si sí, donde? _____

***SOLO MUJERES:**

Estás embarazada? **SI or NO** Fecha del último ciclo menstrual: _____

Número de embarazos: _____ Numero de niños: _____



Darry G. Meyer D.O. Alan Bassin M.D. Jeffrey Hamaker M.D. Ashley McElroy M.D.

302 Medical Park Drive, Suite 101
Lufkin
Teléfono 936-634-8216 – Fax 936-634-8723

Formulario de Divulgación de Registros/Records Release Form

Solo complete la información en este cuadro

Fecha: _____

de Seguro del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____

FOR OFFICE USE ONLY/SOLO PARA USO DE OFICINA

Office notes

Operative Reports

Radiology

Lab/Pathology

Demographic or Insurance Information

Other _____

I hereby request for my medical records to be released to/from Angelina Surgical Associates/

Por la presente solicito que mis registros médicos sean entregados a Angelina Surgical Associates

Dr. Darry Meyer Dr. Alan Bassin Dr. Jeffrey Hamaker Dr. Ashley McElroy

Please Circle: Physician Self Insurance Other

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

Fax: _____

Patient records have been: Faxed: ___/___/___ Picked up: ___/___/___ Mailed: ___/___/___

Los registros de los pacientes han sido: Enviados por Fax ___/___/___ Recogido: ___/___/___ Enviado por correo: ___/___/___

Firma del Paciente/Patient Signature: _____

Firma del personal/Personnel's Signature: _____



Darry G. Meyer D.O. Alan Bassin M.D. Jeffrey Hamaker M.D. Ashley McElroy M.D.

302 Medical Park Drive, Suite 101
Lufkin
Teléfono 936-634-8216 Fax 936-634-8723

Política de la oficina

Nuestra oficina se complace en aceptar su asignación de seguro en su cirugía tan pronto como se verifique su cobertura exacta presentará sus formularios de reclamo y lo asistirá en todo lo que podamos. Sin embargo, usted es responsable del pago total de acuerdo con su póliza de seguro, en su visita inicial y para cualquier cirugía o procedimiento en o antes del día en que se prestan los servicios, Las visitas de seguimiento durante las primeras dos semanas después de la cirugía no tienen costo.

Política de la oficina con respecto a la asignación de seguros:

1. Debe comprender que el contrato que tiene es entre USTED y su compañía de seguros y **está totalmente responsable de cualquier cantidad no pagada por su compañía de seguros..**
2. Una vez que su seguro remita el pago, cualquier saldo deberá pagarse en su totalidad en ese momento. Los arreglos deben hacerse en adelantado para que nuestra oficina acepte cualquier otro arreglo de pago.
3. Nuestra oficina no garantiza que su seguro pagará. Haremos todo lo posible al comienzo de su atención médica para recibir verificación de su póliza y lo que cubre Sin embargo, si por alguna razón su reclamo es **denegado, usted es responsable del monto total de su factura.**
4. Debe firmar una declaración que autorice el pago directamente a nuestra oficina.
5. Nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre el reclamo. Esta es tu responsabilidad y obligación.
6. Las cuentas de delincuentes serán entregados a una agencia de cobro cuando se considere necesario.
7. Si por alguna razón USTED no puede mantener una cita programada, le solicitamos que nos notifique con 24 horas por adelantado.
8. Si no se presenta a 3 citas, el médico se reserva el derecho de terminar la relación médico/paciente,
9. Si no se presenta a una cita programada y no llama para cancelar la cita antes de su hora programada, se le cobrará una **TARIFA DE NO PRESENTACION de \$35.00 .**

Al firmar esta declaración, usted declara que comprende y acepta seguir esta política.

Firma

Fecha