

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: _____ Última 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:

☐ Eliquis (Apixaban): _____ ☐ Coumadin (Warfarin): _____ ☐ Diclofenac: _____ ☐ Plavix (Clopidogrel): _____

☐ Pradaxa (Dabigatran): _____ ☐ Plavix (Clopidogrel): _____ ☐ Mobic (Meloxicam): _____ ☐ Blood thinners not mentioned here: _____

☐ Xarelto (Rivaroxaban): _____ ☐ Brilinta (Ticagrelor): _____ ☐ 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: _____

Mamá viva: ☐ Edad: _____ Mamá Pasó: ☐ Edad: _____

Tiene el padre: ☐ Diabetes ☐ Cardiopatía ☐ Cancer

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: _____

LLENE TODA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Medio _____

Apellido _____

Seguridad social # _____

Sexo _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero
☐ Divorciado ☐ Viudo

(Marque uno) ☐ Empleado ☐ Jubilado ☐ Estudiante
☐ Otro _____

Empleador _____

Dirección de envío: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

de Teléfono: _____

Teléfono celular / del trabajo: _____

Doctor de Familia: _____

Médico remitente: _____

PROPORCIONE A LA RECEPCIÓN CON TODOS INFORMACIÓN DEL SEGURO

CONTACTO DE EMERGENCIA Y/O GARANTE DEL SEGURO / PARTE RESPONSABLE SI NO ES PACIENTE

Relación: _____ Dirección: _____

Nombre: _____ Ciudad, Estado Código Postal: _____

Apellido: _____ Garante SS #: _____ Sexo garante: _____

Teléfono de contacto: _____ Empleador garante _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO: Por la presente autorizo el pago directamente al Médico de los Beneficios Quirúrgicos y/o Médicos, si los hubiera, que de otro modo me pagarían por sus servicios como se describe, sabiendo 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 ASSOCIATES.

Firma (paciente o padre si es menor de edad) _____ Fecha _____

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

OFICINA NOTES _____ INFORMES OPERATIVOS _____ RADIOLOGÍA _____ LAB/PATOLOGÍA _____
DEMOGRAFÍA _____ OTRO _____

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

TELÉFONO 936-634-8216
FAX 936-888-2201



POLÍTICA DE OFICINA

Nuestra oficina se complace en aceptar su asignación de seguro en su cirugía tan pronto como se verifique su cobertura exacta. Presentaremos su reclamo y lo ayudaremos en todo lo que podamos. Sin embargo, **usted es responsable del pago completo de acuerdo con las guías de su póliza de seguro para copagos, deducibles y coseguros en el momento de su visita inicial y 3 días antes de que se realicen los procedimientos programados.**

Póliza de 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 usted es totalmente responsable de cualquier cantidad permitida que no pague su compañía de seguros.
2. Una vez que su seguro remite el pago, si hay algún saldo adeudado, el pago vence en su totalidad en ese momento.
3. Nuestra oficina no garantiza que su seguro pague. Haremos todo lo posible al comienzo de su atención médica para verificar la cobertura de su póliza. Sin embargo, si por alguna razón su reclamo de seguro es denegado, usted será responsable del monto total permitido de su factura.
4. Usted debe firmar una declaración autorizando que el pago se pague directamente a nuestra oficina.
5. Nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre el reclamo. Esta es su responsabilidad y obligación.
6. Las cuentas morosas se entregarán a una agencia de cobro cuando se considere necesario. Las cuentas morosas en cobranzas deberán pagarse en su totalidad antes de que se permita programar citas en cualquier momento en el futuro si tiene otras necesidades quirúrgicas.

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

Firma

Fecha



Darryl G. Meyer, DO
Alan S. Bassin, MD FACS

Jeffrey S. Hamaker, MD
Ashley N. McElroy, MD

Aviso de reconocimiento de privacidad

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información se puede utilizar para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído (o he tenido la oportunidad de leer si así lo decidí) y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de Angelina Surgical Associates anterior que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente (o representante autorizado)

Nombre impreso

Relación con el paciente

Fecha

A continuación se enumeran las personas que tienen mi permiso para recibir información médica sobre mi salud. Si no se enumeran a continuación, no podemos darles ninguna información.

Imprimir nombre de contacto

Relación

Imprimir nombre de contacto

Relación

Imprimir nombre de contacto

Relación

For office use only

I attempted to obtain the signature of patients in acknowledgment of this Notice of Privacy Practices, but was unable to do so as documented below:

Date: _____ Initials: _____ Reason: _____

Política de Cancelación/No Show

Política de cancelación de ASA/Política de no presentación para citas O cirugías

Política de Cancelación/No Show para Citas en la Oficina

Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir la situación en la que otro paciente no cancele y no podamos programar una visita, debido a una agenda aparentemente "llena".

- Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de treinta y cinco dólares (\$ 35); Esto no estará cubierto por su aseguranza.

Citas programadas en la oficina

- Entendemos que pueden ocurrir retrasos, sin embargo, debemos tratar de mantener a los otros pacientes y médicos a tiempo. Los pacientes que no se presenten a una cita sin una llamada para cancelar una cita en el consultorio se considerarán NO PRESENTADOS. Los pacientes que NO se presenten tres (3) veces pueden ser expulsados de la práctica Y se les pueden negar citas futuras.
- A los pacientes que lleguen 15 minutos tarde a una cita se les solicitará que reprogramen.

Política de Cancelación/No Show para Cirugía

Al hacer la reserva, aseguramos esta fecha para su cirugía. No solo está pagando por la experiencia del cirujano, sino también por el personal del quirófano, la anestesia y otros recursos. Los costos se incurren independientemente de si la cirugía se lleva a cabo o no. Debido al bloqueo de tiempo requerido para la cirugía, las cancelaciones de última hora causan problemas y costos adicionales para la oficina.

- **LA CIRUGÍA DEBE PROGRAMARSE Y REALIZARSE DENTRO DE LOS 3 MESES POSTERIORES A LA VISITA INICIAL, SI EL PACIENTE NO DESEA PROGRAMARLA DENTRO DE ESTE PERÍODO DE TIEMPO, NECESITARÁ UNA VISITA DE SEGUIMIENTO PARA PROGRAMAR LA CIRUGÍA PARA UNA FECHA POSTERIOR.**
- Si la cirugía no se cancela **dentro de los 3 días hábiles** de anticipación, se le cobrará al paciente \$ 100.00, esto no será cubierto por su compañía de aseguranza.
- LA FALTA DE REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE AUTORIZACIÓN MÉDICA, LA REGISTRACION AL HOSPITAL, LA FALTA DE ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR (si lo requiere el cirujano), LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS INCUMPLIDAS CON SU CIRUJANO U HOSPITAL NO SON RAZONES MÉDICAS PARA LA CANCELACIÓN.
- **REPROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA PARA OTRA FECHA** - Sin cargo la primera vez. La segunda vez y a partir de entonces, una tarifa de \$50 por cada fecha reprogramada hasta dos veces desde la primera fecha de cirugía inicial. — esto no será cubierto por su compañía de seguros. Después de 2 cirugías reprogramadas, el cirujano deberá volver a verlo en el consultorio para discutir la reprogramación de esta cirugía. En caso de que el cirujano proceda, se le permitirá una vez más reprogramar su cirugía.

He leído y entiendo la información anterior

Nombre:

Fecha: