

INFORMACIÓN DEL PACIENTE



Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Zip: _____
Teléfono: _____ Teléfono alternativo _____ Móvil () Trabajo ()
Fecha de Nac.: _____ SSN: _____ Masculino () Femenino ()
No. de licencia de conducir: _____ Estado civil: Casado () Divorciado () Soltero () Viudo ()

Cónyuge/Tutor: _____ Fecha de Nac.: _____
Teléfono: _____ SSN: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

¿Está usted empleado? Sí () No () ¿Es usted estudiante? Sí () No () ¿Es usted? Tiempo completo () Medio tiempo ()
Empresa: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

¿Tiene seguro? Sí () No () Empresa: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Teléfono: _____ ID#: _____ Grupo: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nac.: _____ Relación con usted: _____
¿Tiene seguro secundario? Sí () No () Empresa: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Teléfono: _____ ID#: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nac.: _____ Relación con usted: _____

¿Sus síntomas se deben a un accidente? Sí () No () ¿Incidente laboral? Sí () No ()
En caso afirmativo, ¿fecha del accidente/incidente? _____ ¿Tipo de accidente? Auto () Caída () Trabajo () Otro ()

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación con usted: _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo: _____
¿Quién le refirió a nosotros? _____ Médico de referencia: _____
Motivo principal de la visita al médico: _____

Planificación de Cuidados Avanzados	Si se presentan los documentos, envíelos para su digitalización al Registro de Directivas Anticipadas.
¿Tiene un Testamento en Vida firmado? Sí () No () No lo sé ()	
¿Tiene un poder notarial actualizado para la atención médica? Sí () No () No lo sé ()	
Si su respuesta es negativa, ¿desea obtener información? Sí () No ()	

Email: _____

X

Firma del paciente (o del tutor legal)

Fecha:

FECHA DE LA ULTIMA EVALUACIÓN _____

HISTORIA DE SALUD DEL ADULTO

18 Años de edad y más

Fecha de Hoy _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Hombre Si Si Mujer Cabeza de Familia Número de Archivo Lugar _____ Nivel de Educación _____

No 1. Queja: _____
No 2. ¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿O a otras cosas? (Abejas, látex, etc.) _____

Por favor nómbrelos: _____
3. Por favor liste todos ls medicamentos que esta tomando ahora (incluyendo píldoras anticonceptivas, laxativos, aspirina, etc...) _____

4. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos para bajar de peso (Phen-Phen, Redux, Pondimin)? Sí _____ No _____

5. ¿Sus Dientes necesitaran cuidado dental? Si _____ No _____ ¿Tiene dolor en sus dientes? Si _____ No _____

¿Cuándo fue su última visita dental? _____

6. ¿Usa dentura? Si _____ No _____

¿Usted se muerde los labios, rechina sus dientes, tiene problemas con su mandíbula, la chusquea, le duele, tiene dificultad al abrir y cerrar su boca, o problemas al masticas, o le sangran las ensinas? ¿Sus dientes son sensibles al: ¿Frio, Calor, Dulce, ¿Amargo? _____

7. Por favor díganos la fecha de sus últimas vacunas: Td, Tétano, difetria MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola).

8. Prueba de Tuberculosis: Fecha _____ Resultado: Positivo _____ Negativo _____

9. Por favor díganos la fecha de su ultimo Papanicolaou (PAP) _____ CBE _____ Mamografía _____

Resultados y donde fueron hechos (si se conoce) _____

10. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____ LNMP: _____

¿Podría estar embarazada? Si _____ No _____ ¿Está dando Pecho Si _____ No _____

Detalle algún problema que tenga con un ciclo menstrual _____

¿Qué está usando como método anticonceptivo? ¿Le gustaría más información? Si _____ No _____

11. ¿Tiene problema de vista? Si _____ No _____ ¿Usa lentes de contacto? Si _____ No _____

12. ¿Fuma o mastica tabaco? Si _____ No _____ Si fuma ¿Cuánto y durante cuánto tiempo?

¿Le gustaría recibir información acerca de cómo dejarlo? Si _____ No _____

13. ¿Bebe Alcohol? Si _____ No _____ Si bebe, ¿Cuánto y durante cuánto tiempo?

14. ¿Usa otra clase de drogas (marihuana, cocaína, pastillas, etc.)? Si _____ No _____

Si consume ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____

Si _____ No _____ 15. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? Si, si, ¿Por qué? _____

¿Dónde y Cuándo?

Si _____ No _____ 16. ¿Ha revisado alguna vez sus niveles de colesterol? Por favor anote los resultados si lo sabe

Si _____ No _____ 17. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del SIDA? ¿Le gustaría hacerse la prueba a través de MMC? Si _____ No _____

Si _____ No _____ 18. ¿Tiene alguna pregunta sobre las ETS (Enfermedades de transmisión sexual)? ¿Mantiene relaciones sexuales con hombres mujeres o ambos? _____

Si _____ No _____ 19. ¿Ha pensado alguna vez suicidarse o herirse? ¿Ha intentado alguna vez suicidarse? Si _____ No _____

Si _____ No _____ 20. ¿Tiene o ha tenido algún desorden alimentario? Si responde si, ¿De qué tipo (anorexia, bulimia, etc...) _____

	Yo	Madre	Padre	Hermanos	Hijos	Otro	Comentarios
Diabetes							
Presión arterial / Presión arterial baja							
Cáncer (De que tipo)							
Hipotiroidismo o Hipertiroidismo							
Ataques/Epilepsia, periodos de desvanecimiento							
Tuberculosis (+) PPD							
Ataques/Epilepsia, periodos de desvanecimiento							
Salud Mental (Depresión, Ansiedad, etc.)							
Migrañas, dolores de cabeza							
Problemas hemorrágicos							
Dolor Abdominal/ Ulceras/ Pérdida de peso persistente o diarrea							
Problemas inmunológicos, infecciones frecuentes							
Artritis, miembros artificiales o articulaciones (cuales)							
Infecciones vaginales (candidiasis, bacterias, etc.)							

Norma de Privacidad de HIPAA Acuerdo de Autorización del Paciente

Autorización para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Médico (§164, 508 (a))

Yo, _____(nombre del paciente) entiendo que como parte de mi ciudad de salud, FocilMed, Inc, exámenes y los resultados; diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicación entre profesionales del campo médico que puedan contribuir a mi cuidado médico;
- Una fuente de información de cómo aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta;
- Un medio de operaciones rutinarias de cuidado médico tales como determinación de calidad y revisión de profesionales en el campo médico.

He sido proporcionado (a) con una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad que provee una descripción más completa sobre los usos y revelaciones de información.

Entiendo que como parte de cuidado y tratamiento puede ser necesario proveedor a otra entidad mi información Confidencial Médica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de FocilMed, Inc., antes de firmar esa autorización. Autorizo la revelación de mi Información, Confidencial Médica como será especificado posteriormente para los propósitos y a los grupos indicados por mí.

Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

Consentimiento para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Médico (§164.506 (a)).

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de información de FocilMed, Inc. Antes de firmar este consentimiento;
- Que FocilMed, Inc. reserve su derecho de cambiar el aviso y las prácticas y que, si solicito, enviara una copia del aviso editado a la dirección que he dado antes de ponerlo en práctica;
- Tengo el derecho a oponerme al uso de mi información médica para propósitos directorios
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información confidencial médica
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que FocilMed, Inc. Ya haya tomado acción dependiendo del consentimiento escrito.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal _____

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal _____

Fecha _____



POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con su tratamiento y todas sus necesidades de salud. Para brindarle un servicio excepcional, le pedimos que lea y firme las siguientes políticas antes de su tratamiento. Todos nuestros pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Requerimos una copia de su identificación o licencia de conducir.

PACIENTES QUE PAGAN EN EFECTIVO

El pago completo se debe realizar al momento del servicio. No hay excepciones. Podemos solicitarle que pague los cargos estimados antes de ver al doctor. Aceptamos efectivo, cheque de caja, Visa, MasterCard, American Express, Discover y Diners Club.

SEGURO MÉDICO

A principios de cada año, Medicare requiere que los pacientes paguen un deducible. Para 2010, el deducible es de \$155.00. Se le pedirá que pague hasta \$155.00 en el momento del servicio. Además, tenga en cuenta que Medicare solo paga el 80% de los cargos permitidos, y el saldo restante es responsabilidad del paciente. La excepción a esto es si tiene Medi-Medi (Medicare y Medi-Cal) o un seguro secundario que paga el deducible anual o el coaseguro. Todos los servicios no cubiertos son responsabilidad del paciente.

SEGURO MEDI-CAL Facturaremos su Medi-Cal como cortesía, sin embargo, si recibe tratamiento para un servicio no cubierto, será su obligación financiera pagar en su totalidad al momento del servicio.

SEGURO PRO/COMERCIAL

Como cortesía y parte de nuestro servicio, facturaremos su seguro de salud. Requerimos una copia de su tarjeta de seguro médico válida. Esto no lo exime de su obligación financiera. Si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de 90 días, el saldo total será responsabilidad del paciente o garante. Si su plan de seguro tiene un deducible anual, el pago completo se debe realizar al momento de su visita. Los copagos y coaseguros son responsabilidad del paciente y se deben pagar al momento de su visita. Si no somos un proveedor contratado con su seguro de salud, cualquier saldo restante después de que su seguro nos envíe el pago será responsabilidad del paciente. No hay excepciones.

LESIONES INDUSTRIALES

La aceptación es caso por caso. Entrevistaremos a la parte involucrada (paciente) y determinaremos si aceptamos el caso. Si tiene un abogado, es obligatorio un gravamen firmado por ambas partes (abogado y paciente). En ningún momento el paciente queda exento de obligaciones financieras. Todos los saldos pendientes son responsabilidad del paciente o garante a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación. Todas las reclamaciones de terceros requieren que el paciente proporcione la información adecuada. Esto incluye seguro de auto, seguro de responsabilidad u otra información relacionada con su lesión.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LA POLÍTICA FINANCIERA DE FOCILMED, INC. ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS FINANCIEROS ANTERIORES.

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____



MEDI-CAL WAIVER

Si al tiempo de su consulta no tiene Medi-Cal, tiene que pagar su consulta No se le regresará su dinero y no mandaremos a cobrar Medi-Cal retroactivamente. Renuncio derecho de solicitar cobro a Medi-Cal retroactivamente.

If at the time of service, you do not have Medi-Cal, we expect payment in full. No refunds will be given, and we will not bill Medi-Cal retroactively, I wolve the right to retroactively bill Medi-Cal.

Firma/Signature

Fecha/Date

Staying Healthy Assessment

Adult

Patient's Name (First & Last)		Date of Birth		<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male		Today's Date
Person Completing Form (if Patient needs help)		<input type="checkbox"/> Family Member <input type="checkbox"/> Other (Specify)		<input type="checkbox"/> Friend		Need help with form? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><i>Please answer all the questions on this form as best you can. Circle "Skip" if you do not know an answer or do not wish to answer. Be sure to talk to the doctor if you have questions about anything on this form. Your answers will be protected as part of your medical record.</i></p>						Need Interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						Clinic Use Only:
1	Do you drink or eat 3 servings of calcium-rich foods daily, such as milk, cheese, yogurt, soy milk, or tofu?	Yes	No	Skip	Nutrition	
2	Do you eat fruits and vegetables every day?	Yes	No	Skip		
3	Do you limit the amount of fried food or fast food that you eat?	Yes	No	Skip		
4	Are you easily to get enough healthy food?	Yes	No	Skip		
5	Do you drink a soda, juice drink, sports or energy drink most days of the week?	Yes	No	Skip		
6	Do you often eat too much or too little food?	Yes	No	Skip		
7	Are you concerned about your weight?	Yes	No	Skip		
8	Do you exercise or spend time doing activities, such as walking, gardening, swimming for ½ hour a day?	Yes	No	Skip	Physical Activity	
9	Do you feel safe where you live?	Yes	No	Skip	Safety	
10	Have you had any car accidents lately?	Yes	No	Skip		
11	Have you been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?	Yes	No	Skip		
12	Do you always wear a seat belt when driving or riding in a car?	Yes	No	Skip		
13	Do you keep a gun in your house or place where you live?	Yes	No	Skip		
14	Do you brush and floss your teeth daily?	Yes	No	Skip	Dental Health	
15	Do you often feel sad, hopeless, angry, or worried?	Yes	No	Skip	Mental Health	
16	Do you often have trouble sleeping?	Yes	No	Skip		
17	Do you smoke or chew tobacco?	Yes	No	Skip	Alcohol, Tobacco, Drug Use	
18	Do friends or family members smoke in your house or place where you live?	Yes	No	Skip		

State of California- Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

19	In the past year, have you had: <input type="checkbox"/> (men) 5 or more alcohol drinks in one day? <input type="checkbox"/> (women) 4 or more alcohol drinks in one day?	Yes	No	Skip	Nutrition
20	Do you use any drugs or medicines to help you sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?	Yes	No	Skip	
21	Do you think you or your partner could be pregnant?	Yes	No	Skip	
22	Do you think you or your partner could have a sexually transmitted infection (STI), such as Chlamydia, Gonorrhea, genital warts, etc.?	Yes	No	Skip	Sexual Issues
23	Have you or your partner(s) had sex without using birth control in the past year?	Yes	No	Skip	
24	Have you or your partner(s) had sex with other people in the past year?	Yes	No	Skip	
25	Have you or your partner(s) had sex without a condom in the past year?	Yes	No	Skip	
26	Have you ever been forced or pressured to have sex?the past year?	Yes	No	Skip	
27	Do you have other questions or concerns about your health?	Yes	No	Skip	Other Questions

If yes, please describe:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA				
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL					
PCP's Signature:		Print Name:			Date :
PCP's Signature:		Print Name:			Date :
PCP's Signature:		Print Name:			Date :
PCP's Signature:		Print Name:			Date :
PCP's Signature:		Print Name:			Date :
PCP's Signature:		Print Name:			Date :
PCP's Signature:		Print Name:			Date :