

## General Surgery Clinic

Si no puede asistir a esta cita, notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación al 479-404-2500. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa por no presentarse o por cancelación el mismo día.

Hemos adjuntado nuestra documentación para que pueda completarla en la comodidad de su hogar con sus registros y medicamentos disponibles. Por favor, no devuelva la documentación por correo, simplemente tráigala a su cita. La documentación incompleta puede causar un retraso en su cita.

Tenga en cuenta que nuestros cirujanos pueden ser llamados para una cirugía o retrasarse en llegar a la clínica debido a la cirugía. Llame con anticipación si esto podría causar problemas con su horario. A su llegada, dar a recepción lo siguiente:

- \*Su documentación completa
- \*Una lista de los medicamentos actuales (o traiga los frascos de sus medicamentos para que la enfermera los revise)
- \*Licencia de conducir o identificación con fotografía
- \*Tarjetas de Seguro médico
- \*Cualquier copago, deducible o monto no cubierto por el Seguro

No dude en llamar al 479-404-2500 si tiene alguna pregunta o inquietud.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ P.O  
BOX: \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO (CASA): \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

MÉTODO DE CONTACTO:  TELÉFONO  CORREO ELECTRÓNICO  NO CONTACTO

NOMBRE DE SU EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SU EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

EMPLEO:  TIEMPO COMPLETO  PARCIAL  SIN EMPLEO  JUBILADO  MILITAR ACTIVO

OFICIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE JUBILACIÓN: \_\_\_\_\_

GÉNERO:  HOMBRE  MUJER  NEUTRAL  NACIDO HOMBRE/ACTUALMENTE MUJER  
 NACIDA MUJER/ACTUALMENTE HOMBRE

RAZA:  BLANCA  AFROAMERICANO  ASIÁTICO  NATIVO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA  
 HAWAIANO NATIVO/ISLEÑO DEL PACÍFICO  HISPANO/LATINO  DESCONOCIDO  
 NEGARSE A RESPONDER

ORIGEN ÉTNICO:  HISPANO/LATINO  NO HISPANO/LATINO  DESCONOCIDO  
 NEGARSE A RESPONDER

### CONTACTOS DE EMERGENCIA

PARA PODER PROTEGER SU PRIVACIDAD, LA CLINICA DE WASHINGTON REGIONAL GENERAL SURGERY LE PIDE QUE NOS DE UNA LISTA DE FAMILIARES, AMIGOS O PERSONAS A QUIENES PODEMOS CONTACTAR O PODEMOS PREGUNTAR SOBRE SU INFORMACIÓN, LA CUAL ESTÁ PROTEGIDA Y QUE INCLUYE CONDICIÓN MÉDICA Y/O FACTURACIÓN E INFORMACIÓN FINANCIERA.

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

2. NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

### EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA

DOCTOR REFERENTE: \_\_\_\_\_

DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: \_\_\_\_\_

## **SEGURO PRIMARIO**

Relación del paciente con el titular principal de la póliza: Yo mismo\_\_\_ Cónyuge\_\_\_ Hijo\_\_\_ Otro\_\_\_

Nombre de la compañía del seguro \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía del seguro \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular Principal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Titular Principal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección del Titular Principal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Titular Principal \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ -- \_\_\_\_

## **SEGURO SECUNDARIO**

Relación del paciente con el titular principal de la póliza: Yo mismo\_\_\_ Cónyuge\_\_\_ Hijo\_\_\_ Otro\_\_\_

Nombre de la compañía del seguro \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía del seguro \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular Principal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Titular Principal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección del Titular Principal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Titular Principal \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ -- \_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo autorizo y doy mi consentimiento para la prestación de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento médico por parte de miembros de Washington Regional General Surgery Clinic, ya que su juicio profesional puede ser necesario para el paciente mencionado a continuación. Reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamiento.

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO MÉDICO

Acuerdo entre paciente-médico: Yo, abajofirmante, autorizo a Washington Regional General Surgery Clinic a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a mi(s) compañías de seguros u otro médico. Yo, reconociendo que el seguro médico que poseo puede no cubrir completamente la(s) tarifa(s). Autorizo el pago directamente a Washington Regional General Surgery Clinic por sus servicios. Una fotocopia del presente será válida como el original. Soy consiente de que puedo consultar con mi médico los honorarios por los servicios profesionales requeridos y/o prestados.

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo autorizo a Washington Regional General Clinic a divulgar cualquier solicitud de información de la compañía de seguros necesaria, para cobrar los beneficios en virtud de cualquier póliza contra la que presentemos reclamos por servicios en esta u otra fecha de servicio.

## GARANTÍA DE PAGO

Entiendo que las visitas al consultorio deben pagarse en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Entiendo que soy responsable por el saldo no cubierto por el seguro. Entiendo que Washington Regional General Surgery Clinic no acepta ninguna asignación de póliza de seguro como garantía de pago total.

## POLÍTICA DE PAGO

Los co-pagos o la cantidad del co-seguro se pagan por adelantado en el momento del servicio. Después de que se haya recibido todo el monto del seguro, usted es inmediatamente responsable del pago total de cualquier saldo restante. Si no se puede realizar el pago total, es su responsabilidad comunicarse a la oficina al 479- 463- 6000 para comenzar un plan de pagos. **USTED ES RESPONSABLE DEL PAGO OPORTUNO DE SU CUENTA.**

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

PADRE/TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD): \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU FARMACIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR TRAIGA LO SIGUIENTE A SU CONSULTA:**

TARJETAS DE SEGUROS MÉDICOS, IDENTIFICACIÓN CON FOTO, COPAGO PARA ESPECIALISTA, SUS MEDICAMENTOS O LISTA DE SUS MEDICAMENTOS.

**POR FAVOR ESPERE 48 HORAS LABORALES PARA REABASTECER MEDICAMENTO**

Un representante de atención médica es una persona que usted ha designado para que tome decisiones de atención médica por usted, si pierde la capacidad de tomar decisiones por si mismo. Al asignar a un representante de atención médica, puede asegurarse de que los proveedores de atención médica sigan sus deseos.

¿Tiene un representante de atención médica?  Si  No Relación: \_\_\_\_\_

Nombre completo de su representante: \_\_\_\_\_

A partir de la fecha: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Información de divulgación **HIPPA**: Autorización del paciente o tutor legal (nombre) \_\_\_\_\_

El médico/práctica puede usar o divulgar la siguiente información de salud protegida:

Toda y cada una de la información

Exceptuado de la divulgación: \_\_\_\_\_

Divulgación de información de salud (seleccione todos):

Cualquier proveedor/centro de salud  Está bien dejar un mensaje de voz

Nombre	Relación	Número de persona autorizada
--------	----------	------------------------------

1.	_____	_____
----	-------	-------

2.	_____	_____
----	-------	-------

3.	_____	_____
----	-------	-------

4.	_____	_____
----	-------	-------

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor complete su historial médico lo mejor posible (por ambos lados)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Compensación de trabajadores: \_\_\_\_\_ Fecha de accidente: \_\_\_\_\_

Número de caídas en el último año: ninguna\_\_ una con lesiones\_\_ sin lesiones\_\_  
dos o más sin lesiones\_\_ dos o más con lesiones\_\_

¿Se siente inestable al estar de pie o al caminar? Si\_\_ No\_\_ ¿Miedo s caerse? Si\_\_ No\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

Por favor marque las enfermedades que tiene o que ha tenido en el pasado

Asma  Cáncer de mama  Cáncer(¿qué tipo?) \_\_\_\_\_  Enfermedad Renal Crónica  
 Cirrosis  Pólipos de colon  Malignidad colorectal  Insuficiencia cardiaca congestiva  
 Enfermedad de Crohn/Colitis  Diabetes tipo 1 o 2 (en insulina)  Diabetes tipo 1 o 2 (sin insulina)  
 Enfermedad diverticular  Enfisema/EPOC(COPD)  Enfermedad por reflujo gastroesofágico  
 Cardiopatía/Arteriopatía Coronaria  Infección por VIH  Hipertensión  Melanoma  
 Pancreatitis  Convulsiones  Derrame Cerebral  Tiroides  
 Otros(especifique) \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO PASADO

Marque cualquier enfermedad de parientes sanguíneos

Diabetes  Enfermedad Renal  Derrame Cerebral  Complicaciones con anestesia  
 Cáncer (¿qué tipo?) \_\_\_\_\_  Cardiopatía  Cáncer Colorectal

Marque si es alérgico a lo siguiente

Penicilina  Sulfa(Sulfamida)  Látex  Otro \_\_\_\_\_  
 Alergias alimentarias \_\_\_\_\_

¿Actualmente en diálisis?  Si  No Clínica \_\_\_\_\_ ¿Qué días? \_\_\_\_\_

¿Obtiene pastillas para el dolor (narcóticos con contrato) de otro doctor?  Si  No Doctor: \_\_\_\_\_

¿Qué día empezó el contrato de narcóticos con otro médico? \_\_\_\_\_

¿Tiene una tarjeta de Marihuana Medicinal?  Si  No Doctor: \_\_\_\_\_



## HISTORIAL SOCIAL

Casado  Viudo,  Soltero  Divorciado    Número de hijos \_\_\_\_\_

Edades \_\_\_\_\_

¿Quién vive en su casa? \_\_\_\_\_

¿Usted fuma?     Si     No            ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

(circule) Tabaco, cigarrillos electrónicos, cigarros, pipa            ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Tabaco de mascar o nicotina para vapear % \_\_\_\_\_            ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez fumó?     Si     No                            ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

(circule) Tabaco, cigarrillos electrónicos, cigarros, pipa            ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Tabaco de mascar o nicotina para vapear % \_\_\_\_\_            ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?     Si     No    En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_    ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

(circule) cerveza, vino, licor

¿Consume drogas ilegales?     Si     No    Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

### ¿Tiene una Directiva Anticipada o un Testamento Vital?

\_\_\_ Sí, tengo un testamento vital en el archivo            \_\_\_ Sí, tengo una Directiva Anticipada en mis archivos

\_\_\_ No, no tengo ninguno    \_\_\_ Prefiero no revelar

<b>Si tiene un testamento vital o una directiva anticipada, ¿está vigente?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</b>
--