



Forma de Registro de Paciente

Fecha de hoy:		PCP:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido del paciente:		Primer nombre:	Estado Civil (circule uno) Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo
Correo electrónico:		Fecha de nacimiento: / /	Edad:
			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio:		Estado:	Código Postal (ZIP):
			Número de celular:
Ocupación:	Empleador:		Número de teléfono del empleador:
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano, Ni Latino			
Origen: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Americano o Raza blanca			
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Género Queer <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
Sexualidad: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
(Por favor, entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.)			
Nombre del seguro primario:			
Nombre del titular de la póliza:	Titular de la Póliza S.S. #:	Fecha de nacimiento: / /	Grupo #:
			Poliza #:
Relación del paciente con el suscriptor:	<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Esposa	<input type="checkbox"/> Hijo
			<input type="checkbox"/> Otro
Empleador:	Dirección del empleador:		Número de teléfono del empleador:
Nombre del seguro secundario (si corresponde):	Nombre del suscriptor:		Grupo #:
			Poliza #:
Relación del paciente con el suscriptor:	<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Esposa	<input type="checkbox"/> Hijo
			<input type="checkbox"/> Otro
<p>Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a Northstar Surge ry Specialists, P.A. por cualquier servicio que me brinde el médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto no cubierto por mi contrato. También autorizo a informar a mi compañía de seguros o sus agentes información concerniente a la atención médica, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros que me fueren proporcionados. Esta información será utilizada con el fin de evaluar y administrar reclamos de prestaciones.</p>			
Firma del paciente/:		Fecha:	



Información Adicional

1. **En caso de emergencia** por favor notificar a:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

¿Podemos informar a esta persona de información confidencial? SI NO

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

¿Podemos informar a esta persona de información confidencial? SI NO

2. Se pueden dejar mensajes confidenciales en su:

Mensaje de voz de telefono del hogar: Si No

Correo de voz de teléfono celular: Si No

Correo de voz laboral: Si No

Email personal: Si No

3. ¿Tiene usted un TESTAMENTO? Si No

4. ¿Tiene usted un PODER Médico? Si No

Si es asi, Nombre _____ Número _____

5. **Información sobre Farmacia:**

Farmacia Preferida: _____ Teléfono de la Farmacia #: _____

Dirección de la Farmacia: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN

He revisado el Aviso de Privacidad de Prácticas de NorthStar Surgery Specialists, P.A., que explican en lenguaje sencillo como mi información de salud protegida (PHI) va a ser utilizada y divulgada, mis derechos individuales, y los deberes legales de la práctica con respecto a mi PHI. Entiendo que estoy que tengo derecho a recibir una copia de esta información a requerimiento.

También reconozco la siguiente política de cancelación/ausencia: **Los nuevos pacientes que no se presenten a una cita programada están sujetos a un cargo de \$50 por no presentarse. Los pacientes estables/post operatorios están sujetos a un cargo por cancelación/reprogramación/ausencia de \$50 si no se avisara con 24 horas de anticipación, se debe avisar con 7 días de antelación para cancelar/reprogramar la cirugía, si no se da aviso con 7 días de antelación, está sujeto a un cargo de cancelación de \$250.**

Firma _____ Fecha _____

Liberación de Registros Médicos

Solicito que la información médica sea transferida a **Vineet Choudhry MD.**

Entiendo que mi información en el expediente médico o el de mi hijo puede incluir información relacionada a ETS, SIDA o VIH. También puede incluir información acerca de comportamiento o servicios de salud mental y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

Firma _____ Fecha _____

Historia Médica

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo M F Altura: _____ Peso: _____

Dr. Primario: _____	Médico Remitente: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal (ZIP): _____	Ciudad/Estado/Código Postal (ZIP): _____

Queja Principal / Propósito de la Visita:

Historia Médica - Por favor, indique todas las Condiciones Médicas Actuales y Pasadas:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfisema/Bronquitis | Otros: _____

_____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco Anterior / Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> Asma | |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Otras Enfermedades Pulmonares
Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de las Válvulas Cardíacas | <input type="checkbox"/> Cáncer
Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Ritmo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula Biliar
Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad Intestinal
Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Enfermedad Hepática
Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Enfermedad en Riñón / Vejiga
Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides
Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculár Periférica (pierna) | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Historia de Convulsiones | | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | | |
| <input type="checkbox"/> Anemia | | |
| <input type="checkbox"/> Úlcera Estomacal | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Coagulación / Hemorragia
Tipo: _____ | | |

Otras condiciones no mencionadas: _____

Historial Quirúrgico - Por favor enliste sus Operaciones Previas y el año en el que fueron realizadas:

- | | | | |
|--|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | | | |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar (Colecistectomía) | _____ | <input type="checkbox"/> Bypass de la arteria coronaria | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apéndice (Apendicectomía) | _____ | <input type="checkbox"/> Otras Cirugías del Corazón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación de Hernia (cualquiera) | _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Pulmonar | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de estómago/intestino | _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de articulaciones/espalda | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rectal/Hemorroides | _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía/Cesarea | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Tiroides | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Biopsia de mama/Mastectomía | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Piel (Eliminación de lunares, injertos, etc) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras no mencionadas: | _____ | | |



Medicaciones - Medicamentos que se encuentre tomando: Ninguno

Alergias – Tiene alergia a cualquier medicamento?: Ninguno Latex

Historia Social:

Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo

¿Tiene hijos?

- Si
- No

¿Cuántos? _____

Edades _____

¿Fumas o mascas tabaco?

- Nunca
- Masco
- Fumo
- Ex-fumador

Paquetes por día: _____

Cantidad de años: _____

¿Has intentado dejarlo? Si No

Fecha de abandono _____

¿Usas drogas ilícitas? Si No

Tipo y Frecuencia _____

¿Bebes alcohol? Si No

Tipo y Frecuencia _____

Ocupacion _____

Historial Familiar: ¿Alguien en tu familia tiene alguno de los siguientes? Si es así, enlista tu relación con ellos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama _____ | <input type="checkbox"/> Apoplejia _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario/Utero _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula Biliar _____ |
| <input type="checkbox"/> Melanoma _____ | <input type="checkbox"/> Historial de Hemorragias/Coágulos _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Prostata _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmon _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Pancreatico _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Linfoma/Leucemia _____ | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Tiroides _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol/Lipidos Alto _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Piel _____ | <input type="checkbox"/> Hemorroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro Cáncer (Tipo y Miembro de la Familia) _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Rechaza usted absolutamente transfusiones sanguíneas bajo cualquier circunstancia? Si No

Exámenes Diagnosticos:

Ninguno

Si – Tipo y Ubicación: _____

¿Está usted siendo tratado por algún médico actualmente por alguno de los siguientes motivos? Por favor en caso "afirmativo" marque el casillero.

Por favor explique cualquier respuesta "afirmativa" al final de esta página.

General

- Pérdida de Peso _____ lbs
- Aumento de Peso _____ lbs
- Fiebre/Escalofríos

Ojos

- Glaucoma
- Cataratas
- Cambios de visión recientes

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Latidos cardíacos irregulares
- Dificultad para respirar
- Hinchazón de pies/piernas
- Venas Varicosas

Solo para Mujeres:

Última prueba de papanicolaou _____

- Número de embarazos _____
- Número de partos _____
- Enfermedades venéreas
- Irregularidades menstruales
- Menopausia, ¿edad? _____
- Secreción vaginal

Solo para Hombres:

Último examen de próstata (AÑO) _____

Último examen de PSA (AÑO) _____

- Enfermedad de la próstata
- Bultos testiculares, dolor
- Enfermedad Venérea

Gastrointestinal

Última Colonoscopia (año) _____

Última Sig. Flex.(año) _____
Último examen de sangre oculta en heces _____

- Diarrea
- Sangre en heces
- Dolor abdominal
- Acidez estomacal
- Constipación

Urinarios

- Dolor al orinar
- Micción lenta/frecuente
- Infecciones
- Sangre en la orina
- Cálculos renales

Mamas

Última mamografía (fecha) _____

- Autoexamen mensual
- Bultos
- Secreción del pezón
- Dolores

Hematológico/Linfático

- Sangrado o hematomas con facilidad
- Anemia

Transfusión de sangre (año) _____

Musculoesqueletico

- Fracturas/Dislocaciones
- Dolor muscular/calambres

Neurologico

- Dolores de cabeza
- Debilidad
- Mareos
- Adormecimiento / Hormigueo

Psiquiatrica

- Depresión
- Problemas de sueño
- Esquizofrenia
- Dependencia al alcohol
- Dependencia a las drogas

Respiratorios

- Tos
- Dificultad para respirar
- Silbidos de pecho
- Neumonía

Oídos/Nariz/Boca/Garganta

- Pérdida de audición
- Sangrado Nasal
- Problemas en las encías
- Dolor de garganta
- Ronquera
- Dificultad para tragar

Inmunológico

- HIV / SIDA
- Hepatitis (¿A, B, o C?)

Piel

- Erupciones / dermatitis
- Cambios en lunares



Política de Tarjetas de Crédito Archivadas

Por favor complete este formulario en su totalidad. Este formulario sirve como confirmación de que se encuentra consciente que Northstar Surgery Specialists P.A. tiene una política que requiere que cada paciente siga un plan de pago con una tarjeta de crédito en el archivo.

Yo, _____ por la presente, doy el consentimiento para seguir el acuerdo de pago dado a la continuación con estricta observancia. Si tengo alguna dificultad, acepto plenamente como mi responsabilidad informar de este asunto a los Especialistas de Northstar Surgery Specialists antes de mi próximo pago, a fin de permitir que se hagan arreglos alternativos.

Esta política está en vigor debido al aumento de los deducibles del paciente y la responsabilidad del paciente debido al cambio de la políticas y directrices del seguro de salud. Si usted tiene alguna pregunta sobre su cobertura, por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros en el número que aparece en el reverso de su tarjeta de seguro.

Si se requiere una cirugía, se le proporcionará una estimación de los costos antes de la cirugía **a su solicitud**.

La ventaja de este formulario es que no se cobrará ningún costo por adelantado antes de la cirugía. Al firmar a continuación, esto nos permite establecer un plan de pago de \$100/mes para cualquier y todos los cargos incurridos de visitas a la oficina y las operaciones. Si usted se niega a poner su tarjeta en el archivo, usted será responsable de pagar su cantidad debida en su totalidad ANTES DE LOS SERVICIOS, a menos que los arreglos de pago alternativos han sido acordados por el administrador de facturación de NorthStar Surgery Specialists, P.A.

Nombre del Paciente (Por favor, por escrito): _____

Fecha de nacimiento: _____ Email para notificación: _____

RECIBIRA UN CORREO ELECTRÓNICO DE CONFIRMACION ANTES DE QUE ALGO SEA CARGADO A SU TARJETA DE CRÉDITO.

La tarjeta de crédito de abajo se utilizará para cualquier cargo incurrido en las visitas a la oficina/operaciones. Esta tarjeta se configurará para un plan de pago de \$100/mes después de la determinación final del seguro a menos que se especifique lo contrario (por defecto el 1° día de cada mes a menos que se especifique lo contrario).

Por favor utilice la Tarjeta de Crédito #: _____ EXP: _____
Codigo de Seguridad: _____ Codigo Postal: _____ el día _____ de cada mes.

Firma: _____ Fecha: _____

O

Rechazo proveer mi tarjeta en el archivo, con el entendimiento de que seré responsable del pago EN SU TOTALIDAD de cualquier balance antes de cualquier procedimiento realizado/visita a la oficina.

Firma: _____ Fecha: _____



Declaración de Prácticas de Facturación

Reconozco que he tenido la oportunidad de leer y comprender las prácticas de facturación descritas a continuación.

He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener.

Si tengo preguntas, entiendo que es responsabilidad del paciente obtener respuestas a sus preguntas.

Firma

Fecha

El paciente recibirá un total de 3 facturas por correo a la dirección indicada en el formulario de registro de paciente. Si no se recibe ningún pago, de parte del paciente estará sujeto a la consideración de nuestra agencia de cobros externa.

Si un correo electrónico está en archivo, vamos a procurar enviarle un correo electrónico de cortesía cuando su cuenta esté en riesgo de ser referida a nuestra agencia de cobros. Le pedimos que, una vez recibido, se ponga en contacto con nuestra oficina en un plazo de 5 días laborables para acordar el pago.

Como último intento, procuraremos ponernos en contacto con usted vía telefono por ultima vez al número de teléfono que apunte en el archivo, este ÚLTIMO intento se hará 5 días antes de que sea remitida la cuenta a la agencia de cobros.

Le solicitaremos que el pago sea remitido a nuestra oficina dentro de los 30 días despues de recibir la cuenta.

Ofrecemos planes de pago flexibles de cortesía para ayudar a los pacientes con las facturas.

También ofrecemos pagos en línea para su conveniencia en nuestro sitio web:

WWW.NORTHSTARSURGERY.COM

Siéntase libre de llamarnos para discutir sus opciones al:
512-697-7082