

Joshua Medical Group

Fecha _____

Informacion Del Paciente

Nombre Del Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____ Edad _____
Apellido de Pila Segundo

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono De Casa _____ Telefono De Trabajo _____ Telefono Celular _____

#Seguro Social _____ - _____ - _____ Correo Electrónico _____ Genero M F

Por Favor, Compruebe Raza y Etnicidad:

Raza: American Indian/Alaska Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander
 White Indeterminado

Etnicidad: Hispano O Latino No Hispano O Latino Otros O Indeterminado

Estado Civil Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Nombre De Cónyuge /Pareja _____

Empleador _____ Direccion _____

Contacto De Emergencia _____ # De Telefono _____

Nombre Del Tutor _____ Relacion Al Paciente _____

Telefono Del Trabajo _____ # De Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha De Nacimiento _____

Información Sobre El Seguro Primario

Nombre De Seguro _____

Nombre Del Tenedor De Póliza _____

Fecha De Nacimiento _____ Fecha Efectiva _____

#De Seguro Social _____ - _____ - _____

Del Telefono De Aseguransa _____

De Grupo _____

#De Id _____ Copago\$ _____

Información Secundaria De Seguro

Nombre De Seguro _____

Nombre Del Tenedor De Póliza _____

Fecha De Nacimiento _____ Fecha Efectiva _____

#De Seguro social _____ - _____ - _____

#De Telefono De Aseguransa _____

#De Grupo _____

De Id _____ Copago \$ _____

Plan De Seguro Anterior _____ Está Todavía En Efecto ? _____

Laboratorio de Sangre Preferido _____

¿Cómo refirieron a nuestra oficina? Favor de circular uno

Páginas Amarillas Amigo/a Otro médico Periódico Otro

Pedimos pago al tiempo de servicios, a menos que se han hecho otros arreglos (arreglos especiales o de seguros). Yo autorizo al personal de Joshua Medical Group para realizar los servicios necesarios durante el diagnóstico y tratamiento. He leído y entendido las preguntas anteriores y

Firma _____ Fecha _____

Actualizar Fecha _____ Iniciales del paciente _____ Iniciales De Recepcionista _____

Joshua Medical Group-Historia Clínica Del Paciente

Nota: Este es un registro confidencial y se mantendrá en nuestra oficina. La información incluida aquí no será divulgada a nadie sin su permiso.

Fecha De Hoy _____ Fecha De Su Último examen físico _____
Apellido _____ Nombre De Pila _____
#De Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha De nacimiento _____

Queja Principal-Motivo De Su Visita De Hoy? _____

Historia de la enfermedad actual / Problema

Ubicación Del Problema

Abdomen Espalda Pierna

Otro _____

En una escala de 1 a 10, siendo 10 el más grave,
Encierra en un círculo el número que mejor te

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cuando notó por primera vez el problema?

Hoy 1 Semana 1 Mes

Otro _____

¿Hay algo que ayude o lo hace peor?

Moverse De pie Acostado

Otro _____

¿Cuánto Tiempo Dura El Problema?

30 minutos 1 hora constante

Otro _____

¿Hay algo más que ocurre al mismo tiempo,

Es constante el problema o variable?

Sordo o Agudo Muy fuerte y luego se detiene Siempre hay

Otro _____

¿El problema interfiere con su actividad normal?

Si _____ No _____ Explicar _____

Pasado, Familia y Social Historia de la Medicina

Enumere todas las enfermedades graves en su familia inmediata (ejemplo: diabetes, enfermedades del corazón, presión arterial alta, cáncer, tuberculosis, depresión, etc.

Cirugías O enfermedades Graves: Fecha: Cualquier dieta especial? No ___ Si ___ Explicar _____

Cualquier alergia? No ___ Si ___ Por favor escriba _____

¿Fuma? No ___ Si ___ ¿Cuánto tiempo _____ ¿Usted Toma bebidas alcoholicas? No ___ Si ___ ¿Cuánto _____

¿Hace ejercicio regularmente? No ___ Si ___ ¿Cuánto _____

Anote todos los medicamentos y vitiamins / suplementos actuales _____

Por favor, continúe en el lado inverso

Review of Systems

¿Ahora tienes, o recién ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas? Favor de circular sí o no.

Síntomas constitucionales

Fiebre S N
Escalofrío S N
Dolor de cabeza S N
Otro _____

Ojos

Visión borrosa S N
Visión doble S N
Dolor S N
Otro _____

Alérgicas/Inmunológicas

Fiebre del heno S N
Alergias a medicamentos S N
Otro _____

Neurológicos

Temblores S N
Mareos S N
Entumecimiento / hormigueo S N
Otro _____

Endocrino

Sed excesiva S N
Demasiado caliente / fría S N
Cansado / lento S N
Otro _____

Gastrointestinal

Dolor abdominal S N
Náuseas / vómitos S N
Indigestión / acidez S N
Otro _____

Cardiovascular

Dolor de pecho S N
Varices S N
Presión arterial S N

Tegumentario

Erupción Cutánea S N
Forúnculos S N
Comezón persistente S N
Otro _____

Músculo-Esquelético

Dolor en las articulaciones S N
Dolor de cuello S N
Dolor de espalda S N
Otro _____

Oído, Nariz, Garganta, Boca

Infección del oído S N
Dolor de garganta S N
Problema sinusal S N
Otro _____

Genitourinario

Retención de orina S N
Dolor al orina S N
Frecuencia urinaria S N
Otro _____

Respiratorio

Resuello S N
Tos frecuente S N
Dificultad para respirar S N
Otro _____

Hematológica / Linfática

Inflamación de los Glándulas S N
Problema de coagulación de la sangre S N
Otro _____

Psicológico

Está por lo general, satisfecho con su vida? S N
Se siente gravemente deprimido? S N
Has pensado en el suicidio? S N

Poliza de Cancelación y Reprogramación de Citas con 24 Horas de Anticipación

En Joshua Medical Group, su cita está reservada especialmente para usted. Valoramos su tiempo y solicitamos su cooperación al seguir nuestra poliza de cancelación y reprogramación de citas para asegurar que todos los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Requerimos al menos 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar cualquier cita.
- Las citas que se pierdan, se cancelen tarde o se reprogramen con menos de 24 horas de anticipación tendrán un cargo de \$25.
- La reprogramación repetida o múltiples cambios también puede resultar en un cargo de \$25.

Las citas perdidas reducen la disponibilidad para otros pacientes que puedan necesitar atención urgente. Es su responsabilidad recordar sus citas programadas.

Como cortesía, intentaremos confirmar su cita por teléfono el día anterior. Sin embargo, usted sigue siendo responsable de llevar un control de la hora de su cita, independientemente de si recibe o no una llamada de recordatorio.

Gracias por su comprensión y apoyo para ayudarnos a brindar atención oportuna a todos nuestros pacientes.

Información del Paciente:

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido la poliza mencionada.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

Nuestra Política Financiera

Estimado paciente:

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. la siguiente es nuestra política financiera. nuestra principal preocupación es que reciba el tratamiento adecuado y óptimo. Por lo tanto, si usted tiene cualquier pregunta o preocupación acerca de nuestras políticas de pago, nuestro personal estará encantado de hacerles frente.

Pedimos que todos los pacientes lean y firmen nuestra Política Financiera, así como los pasos de nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico

- Para los pacientes de efectivo: El pago de los servicios se debe en el momento en que son prestados.** Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. (Hay un cargo adicional de \$ 25.00 por cheques devueltos.)

(He leído y entiendo la política financiera del Joshua Medical Group.)

FIRMA DEL PACIENTE _____ Fecha _____

- Para los pacientes con seguro médico:**

1. **Como cortesía, estaremos encantados de procesar su reclamación de seguro para usted. Sin embargo, todos los cargos son su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos de seguros.**
2. **Aceptamos la asignación de beneficios de seguro que significa que su compañía de seguros envía el pago por nuestros servicios directamente a nuestra oficina.**
3. **Los co-pagos son debidos en el momento del tratamiento ..**
4. **Si su compañía de seguros no paga en un plazo razonable de tiempo, y después de que han hecho numerosos intentos de cobrar, le pediremos que se comuniquen con su compañía de seguros y preguntar por qué el reclamo no ha sido pagada**

Yo, _____ Autorizo _____
(Nombre De Paciente) (Nombre de la Compañía de Seguros)

Para pagar y por la presente asigna directamente a Joshua Medical Group todos los beneficios, si los hubiere, de otro modo pagadero a mí para su / sus servicios como se describe. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos incurridos en el caso de que mi compañía de seguros no realiza el pago. También reconozco que cualquier beneficio de seguro, una vez recibidas por y pagado a Joshua Medical Group serán acreditados a mi cuenta, de acuerdo con lo anterior dicho contrato. Yo autorizo que la información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones por Joshua Medical Group y / o su proveedor afiliado.

(Firma autorizada del suscriptor / paciente) _____ Fecha

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar al pago puntual de su balance. Le animamos a comunicarse cualquiera de estos problemas para que podamos ayudarle en la gestión de su cuenta.

Una vez más, gracias por elegirnos como su proveedor de atención de la salud.

Joshua Medical Group



Gonzalo G. Martinez, MD
Kay Roberts, PA
Cheridah Seeley PA-C

A TODOS LOS DEL PACIENTE CON COBERTURA DE ASEGURANSA

POR FAVOR LEA Y FIRME

Si usted tiene cobertura de seguro, es su responsabilidad conocer la política y las directrices de esa empresa. Lo que esto significa es:

- **Usted es responsable de conocer su deducible.**
- **Usted debe saber su copago.**
- **Comprender el tipo de cobertura de su seguro tiene.**

Con tantas diferentes pólizas de seguro en vigor que es prácticamente imposible que esta oficina para conocer los detalles de cada póliza de seguro. Vamos a tratar de ayudar en todo lo posible.

Si su seguro niega su factura, usted será responsable de cualquier cargo.

Estaremos encantados de responder cualquier pregunta, o ayudar de cualquier manera.

Gracias,

Gonzalo Martínez, MD

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

