



Piñero Preventive Medical Care

- Rafael E Piñero MD • Giovanni Vélez MD
- Claudia Zuriarrain DNP • Christine Cernoch APRN

Fecha: _____

ESCRIBIR CON LETRA LEGIBLE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal: Sr. Sra. Srta. _____
(marcar uno) (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección: _____
(Calle) (Apt. N. °) (Ciudad) (Estado) (CP + 4)

Dirección postal: _____
(si es diferente a la anterior) (Calle) (Apt. N. °) (Ciudad) (Estado) (CP+ 4)

Teléfono: (_____) Teléfono laboral: (_____) Celular: (_____) _____

E-Mail: _____

Ocupación: _____ Sitio de empleo o escuela del paciente: _____

Niño/a Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ M F

Número de seguro social del paciente: _____ Esposo Padre Tutor (Nombre): _____
(marcar uno) (si es tutor, incluya copia de orden judicial)

Médico primario anterior: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Referido por: _____

Idioma preferido (marcar solo uno) Inglés Español

Raza (marcar solo una): Blanca Indio Americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano

Hawaiano nativo o Isleño del Pacífico Otra raza

Etnicidad (marcar solo una) Hispano o Latino No Hispano o Latino No deseo marcarlo

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI ES PADRE/MADRE/TUTOR DE UN MENOR

Nombre legal: Sr. Sra. Srta. _____ F M Fecha de nacimiento _____ No. SS: _____
(marcar uno) (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección postal: _____
(Calle) (Apt. N. °) (Ciudad) (Estado) (CP + 4)

Teléfono: (_____) Teléfono laboral: (_____) Relación con el paciente: _____

Sitio de empleo o persona responsable: _____ Nombre del esposo: _____

INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA *Completar y entregar credencial para fotocopiar*

Nombre de la aseguradora: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º Seguro Social: _____

Si no tiene su tarjeta de seguro, complete la siguiente información sobre su cobertura médica primaria:

Dirección de cobro: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (CP + 4)

Teléfono: _____ Nombre o N.º del grupo _____ N.º de ID _____

Nombre de aseguradora secundaria: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º Seguro Social: _____

Si no tiene su tarjeta de seguro, complete la siguiente información sobre su cobertura médica primaria secundaria:

Dirección de cobro: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (CP + 4)

Teléfono: _____ Nombre o N.º del grupo _____ N.º de ID _____

Firmar en ambos espacios

LEER DETENIDAMENTE Y COMPLETAR

Incluir miembros de la familia o personas cercanas a los que se les otorga autorización en el marco de esta práctica para discutir cualquier asunto médico de emergencia/no emergencia o de pago si usted no estuviera disponible para hacerlo. Aquella persona que debiera ser llamada para actuar en su representación tiene que estar incluida aquí. *De lo contrario, escriba "nadie".*

Nombre, relación con usted y número de teléfono: _____

Usted es responsable de notificar esta práctica cualquier modificación a la lista que antecede.

POLÍTICA FINANCIERA LEER DETENIDAMENTE

Se deberá abonar cargos adicionales cuando el servicio sea provisto. Esto es para incluir los copagos, coseguros, deducibles y costos de formularios. PPMC solicitará el reembolso a su seguro médico, pero la responsabilidad financiera será del paciente. Cualquier monto no cubierto por la aseguradora será atribuido al paciente. Las cuentas que tengan saldos pendientes por más de 90 días serán remitidas a una agencia de cobro a menos que se haya estipulado algo diferente con anterioridad.

AUSENCIA/CANCELACIÓN EN EL MISMO DÍA

Todas las citas médicas exigen que sean **canceladas 24 horas antes**. Los pacientes deberán abonar una multa de \$ 25.00 por ausentarse a la cita médica si no se hubiera notificado con antelación.

FORMULARIOS/CERTIFICACIONES MÉDICAS

Se deberá abonar \$30.00 por los formularios. (INCLUIDO: FMLA, Discapacidad, Alta médica, etc.) Para extensiones de certificados de ausencia laboral/escolar se deberá abonar \$15.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Todos los pacientes son responsables de conocer los requisitos de sus planes de seguro médico, como los laboratorios o centros radiológicos incluidos, los servicios cubiertos, etc. Nuestro equipo ayudará a los pacientes, pero no es su responsabilidad conocer o interpretar la póliza de cada uno.

LEER Y FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Por el presente otorgo mi consentimiento informado para todos los exámenes, tratamientos, terapias, cuidados, anestias, limpiezas de oídos, administración de medicamentos, y procedimientos de diagnóstico como exámenes de exploración visual durante el curso de mi atención médica. Los riesgos y complicaciones podrán, ser entre otros, sangrados, infecciones, daños a tejidos adyacentes u órganos, inflamación, dolor, anestesia, o reacciones a medicamentos.

Firma: _____ Fecha: _____

SU FIRMA SERVIRÁ PARA UNO O TODOS LOS SIGUIENTES CASOS:

Por el presente otorgo mi consentimiento a Piñero Preventive Medical Care para que me provea el tratamiento médico necesario que el prestador médico y yo hemos acordado.

Soy consciente de que se deberá abonar las prestaciones cuando sean realizadas.

Advertencia sobre Políticas de la Oficina y Prácticas de Privacidad: he recibido las Políticas de la Oficina y Prácticas de Privacidad.

Autorización de divulgación médica: autorizo a cualquier médico que me examine o trate a revelar a terceras partes (como la aseguradora o agencias gubernamentales) la información médica requerida reclamar el pago. También solicito beneficios de pago para mí mismo o para la tercera parte que me represente.

Autorización de firma de Medicare: autorizo la divulgación de cualquier información clínica necesaria para solicitar un pago. También solicito beneficios de pago para mí mismo o para la tercera parte que me represente.

Autorización de seguro médico (aplica únicamente como se indicó arriba): autorizo el pago de los beneficios médicos al médico que brindó los servicios correspondientes.

Autorizo que las copias de estas autorizaciones y concesiones sean utilizadas en lugar de este documento original archivado en la oficina del médico.

Firma: _____ Fecha _____

Parte responsable

HISTORIA CLÍNICA/MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Para que podamos obtener su historia clínica completa, es importante completar este formulario de la manera más exhaustiva posible. Esta es información muy importante. **Completar todos los casilleros.** Es importante que el médico sepa que ha contestado con atención cada parte de este formulario.

¿Cuál es el principal motivo por el que realiza esta consulta médica hoy?

¿Desde cuándo experimenta este problema?
____ Horas ____ Días ____ Meses ____ Años

Nombre de la farmacia: _____ **Teléfono de la farmacia:** _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

¿Se encuentra tomando ALGÚN medicamento en este momento? Esto incluye prescripciones, medicamentos sin receta o a base de hierbas. ____ Sí ____ No

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de consumo

Alergias a medicamentos: ¿es alérgico/a a algún medicamento? Si ____ No ____
la respuesta es Sí, ¿a cuál?

Nombre del medicamento	Tipo de reacción (sarpullido, inflamación, etc.)

Se ha aplicado:

Vacuna de influenza: __Sí__ __No__ **Mes y Año** más reciente de aplicación: _____

Vacuna de neumonía: __Sí__ __No__ **Mes y Año** más reciente de aplicación: _____

Refuerzo de tétano: __Sí__ __No__ **Mes y Año** más reciente de aplicación: _____

Otras vacunas: _____

¿Alguna directriz anticipada/testamento vital médico?: __Sí__ __No__ Si la respuesta es "Sí" proveer copia.