



Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

de Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: H M

Direccion _____ Apt.# _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Condado _____

Raza: _____ Idioma _____

Nombre y Direccion del medico primario/pediatra _____

Nombre del medico que lo refirio (si diferente) _____

Estatus Marital: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Estatus Estudiantil : Medio Tiempo /Tiempo Completo

#Telefonico de casa _____#Telefonico de Dia _____#de Celular _____

Correo Electronico _____

Empleador: _____ Direccion de su Empleo _____

Cual es su ocupacion? _____ ☐ Retirado?

Nombre de su esposo/Padre/ Guardian Legal _____ Fecha de nacimiento _____# de Social _____

Seguro Medico Primario

Nombre del dueno de la Poliza _____ # de Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Plan _____ # de Poliza _____ # de Poliza del Paciente _____

Nombre de Grupo _____ # de Grupo(si aplicable) _____

Direccion del Seguro _____ # de Telefono _____

Fecha de Activacion _____ Co-pago _____ Deductible _____

Seguro Medico Secundario

Nombre del dueno de la Poliza _____ # de Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Plan _____ # de Poliza _____ # de Poliza del Paciente _____

Numero e Grupo (si aplicable) _____

Direccion del Seguro _____ # De telefono del Seguro _____

Fecha de Activacion _____ Co-pago _____ Deductible _____

Esta esta visita cubierta por Compensacion de Trabajo? _____ No Culpa?seguro de Auto? _____

Contacto De Emergencia: _____ #Telefonico: _____

Doctor que vera hoy? _____ VOY A PAGAR: EFECTIVO CHEQUE TARJETA DE CREDITO

Associates

Dia: _____

Cual es la razon para su visita hoy? _____

ALLERGIAS? ☐ No Allergias

Le han hecho examen para la alergia? ☐ Si ☐ No

Los sigue recibiendo? ☐ Si ☐ No Cuanto alivio le dieron las inyecciones? ☐ minimo ☐ parcial ☐ significativo

Permita que ENT & Allergy obtenga historia medica via electronica directamente de la farmacia/seguro _____ ponga su inicial

Nombre de Farmacia (direccion y telefono)_____

Por favor especifique el laboratorio de preferencia Quest ___ Labcorp ___ Otro ___

Estaria usted interesado en saber mas del programa de investigacion clinica? Si__ No__

HISTORIA MEDICA/QUIRURGICA: LE HAN DIAGNOSTICADO CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

☐ **NO HISTORIA MEDICA/QUIRURGICA**

Enfermedades Coronarias ☐

Presion Alta (hypertension) ☐ _____

Hepatitis ☐ _____

Reflujo Gastrico ☐

Engrandecimeinto de la Prostata

Piedras en los rinones	☐
------------------------	--------------------------

Enfermedad renal (severa)	☐	
---------------------------	--------------------------	--

Cataratas □

Glaucoma ☐

Infeccion del Oido (Otitis Media) ☐

Perdida de la Audicion ☐

Infección de cavidad nasal	☐
----------------------------	--------------------------

Polipos nasales	☐
-----------------	--------------------------

Inflamación de las Amígdalas ☐

Ruido en el oído ☐

Vertigo	☐	
---------	--------------------------	--

Hematológico :

Anemia ☐

Immunologico:	Si	Cirugia/Tratamiento
---------------	----	---------------------

immature grey. 51

Type of Tobacco	Packs/ Day	Cuantos años	Años sin fumar
Cigarillos			

Otro: (enliste)			
-----------------	--	--	--

Consumo Alcohol? ☐ Si ☐ No ☐ Usaba

Typo de Alcohol	Frecuencia?	canti dad?	Ultima Bebida?

Expuesto a humo de Tabaco? ☐ Si ☐ No

Consumo cafeina? ☐ Si ☐ No Typo: _____ Cuanto por dia? _____

REVISION DE SISTEMAS: Marque lo que sea aplicable:

Problemas Generales

No Si

- ☐ ☐ Fatiga
- ☐ ☐ Fiebre
- ☐ ☐ Sudores Nocturnos
- ☐ ☐ Perdida de Peso
- ☐ ☐ Aumento de Peso

Problemas de los Ojos

No Si

- ☐ ☐ Vision Doble
- ☐ ☐ Picazon de los ojos
- ☐ ☐ Enrojecimiento

Problemas de los oidos

No Si

- ☐ ☐ Drenaje
- ☐ ☐ Perdida de Audicion
- ☐ ☐ Infecciones
- ☐ ☐ Mareo
- ☐ ☐ Picazon
- ☐ ☐ Exposicion a ruido excesivo
- ☐ ☐ Dolor de oido
- ☐ ☐ Ruido en el oido

Nariz/Cavidad Nasal

No Si

- ☐ ☐ Congestion
- ☐ ☐ Dolor Facial
- ☐ ☐ Respiracion por la boca
- ☐ ☐ Sangrado de Nariz
- ☐ ☐ Estornudo
- ☐ ☐ Goteo de Nariz
- ☐ ☐ Drenaje Nasal Posterior

Problemas de la Boca/Garganta

No Si

- ☐ ☐ Dificultad para tragar
- ☐ ☐ Apnea del sueno
- ☐ ☐ Ronca
- ☐ ☐ Dolor de garganta
- ☐ ☐ Ronquera
- ☐ ☐ Llagas/Ulceras en la boca

Problemas de Circulacion/Corazon

No Si

- ☐ ☐ Soplo del Corazon
- ☐ ☐ Dolor de Pecho
- ☐ ☐ Hinchazon de los tobillos

- ☐ ☐Perdida del Sentido
☐ ☐Palpitaciones Irregulares

Problemas Respiratorios/Pulmones

No Si

- ☐ ☐Toz
☐ ☐Corto de Respiracion
☐ ☐Silbido Asmatico

Musculoesqueletal:

No Si

- ☐ ☐Dolor de Pierna

Problemas de Estomago

No Si

- ☐ ☐Dolor Abdominal
☐ ☐Constipacion
☐ ☐Diarrea
☐ ☐Acidez Estomacal
☐ ☐Nausea
☐ ☐Vomito

Problemas del Sistema Nervioso/Cerebro

No Si

- ☐ ☐Dolor de Cabeza
☐ ☐Convulsiones
☐ ☐Debilidad Focal
☐ ☐Paralisis

Problemas de la glándulas/hormonas

No Si

- ☐ ☐ Intolerancia al calor
☐ ☐ Intolerancia al frio
☐ ☐ Bocio/Papera

Problemas de la sangre/nodulos

No Si

- ☐ ☐Facilmente se desangra
☐ ☐Facilmente se hace moreton

Problema de Alergias

No Si

- ☐ ☐Alergia a Comidas
☐ ☐Alergia a la picadura de Abeja
☐ ☐Alergias Ambientales
☐ ☐Urticaria

Problemas de la Piel

No Si

- ☐ ☐Picazon de la piel
☐ ☐Erupcion
☐ ☐Alergia de Contacto

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma de la persona Responsable: _____ Fecha _____



CONSENTIMIENTO FINANCIERO

Estamos comprometidos a darle el mejor cuidado posible y estamos gustosos de exponer nuestros honorarios con usted cuando lo desee. Su claro entendimiento de nuestra poliza financiera es importante para nuestra relacion de negocios. Por favor pregunte si tiene alguna duda con respecto a nuestros honorarios, nuestra poliza financiera, o su responsabilidad financiera.

SE REQUIERE QUE LOS PACIENTES LLENEN LAS FORMAS DE INFORMACION DEL PACIENTE ANTES DE SER VISTAS POR EL MEDICO... LE PEDIREMOS HACER UNA COPIA DE SU TARJETA(S) DE SEGURO PARA PONERLO EN SU EXPEDIENTE.

- **CITAS** se requiere aviso de 24 horas en caso de que usted no pueda mantener su cita.
- **REFERIDOS** – Si su plan requiere un referido por parte de su medico primario, es **SU RESPONSABILIDAD** obtener uno **antes** de su cita y traerlo con usted . Si usted no tiene un referido se le pedira que llene una clausula financiera..Despues de eso sera su responsabilidad de proveernos un un referido en un lapso de 48 horas
- **CO-PAGOS** – Por ley se requiere que le cobremos un co pago . Este pago se espera al momento de la visita... Por favor este preparado para pagar su co pago para cada visita Si usted no hace el pago se le cargara un honorario administrativo de \$20.00.
- **FUERA DE RED DE SERVICIO** – Usted sera responsable por cualquier balance que su plan indique que usted deba, de acuerdo con la explicacion de beneficios .Nosotros ajustaremos los cargos para que coincidan con su plan UCR (Usual, Customary and Reasonable) c. Todos los pacientes seran responsables por su co insurance y deductibles . Si no participamos con su plan le mandaremos una factura de cortesía, a su compania de seguro, en su nombre . Sinembargo, si ellos no pagan en 45 dias usted sera responsable por el monto total.... Si usted recibe un pago de su compania de seguro por favor enviarlo a la oficina del medico.
Private Insurance Authorization for Assignment of Benefits/Information Release: Yo el signatario autorizo el pago de beneficios medicos a ENT AND ALLERGY ASSOCIATES, por cualquier servicio provisto. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad que no sea cubierta por mi seguro.Tambien autorizo a cualquier portador de mi informacion medica a revelar dicha informacion a mi compania de seguro(o sus agentes)concerniente a mi cuidado medico,asesoramiento,tratamiento ,equipo que se me haya provisto. Esta informacion sera usada con el proposito de evaluar y administrar reclamaciones medicas.
- **SELF-PAY PATIENTS** – El pago se espera al momento que se rinde el servicio al menos que se hayan hecho otro tipo de arreglos financieros antes de su visita.
- **MEDICARE** – Mandaremos la facturacion a Medicare. El paciente sera responsable por deductible y 20% co-insurance, que, podria ser enviado a su seguro secundario , si usted tuviera uno .

Medicare Lifetime Signature on File: Yo solicito que el pago de beneficios medicos autorizados sean enviados a ENT AND ALLERGY ASSOCIATES, por cualquier servicio provisto. Yo autorizo a cualquier portador de mi informacion medica a revelar dicha informacion a CMS (I sus agentes)con el fin de determinar el pago de los beneficios. Esta informacion va a ser usada con el proposito de evaluar y administrar reclamaciones medicas.

- **PADRES DE MENORES DE EDAD DIVORCIADOS/SEPARADOS** – El padre que conciente el tratamiento de su hijo menor de edad es responsable por el pago de los servicios rendidos .ENT and Allergy Associates, LLP no se involucra en ningun tipo de disputa que tenga que ver con separacion o divorcio.

Usted es responsable por el pago de su cuenta a tiempo Si se hace necesario que nosotros usemos una agencia exterior para colectar pago de su parte usted tambien responsable por cualquier cargo adicional que ellos determinen

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, MASTERCARD, VISA, O DISCOVER .

GRACIAS por tomar tiempo para revisar nuestra poliza.

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma de la Persona Responsable _____ Fecha: _____

Escriba el Nombre _____ Relacion al Paciente: _____