

Phoenix Family Medical Care
Registro Forma
1002 E McDowell Rd, Suite A
Phoenix, AZ 85006

Nombre del paciente: _____ nombre partido responsable:

Fecha de nacimiento: _____ edad: _____ sexo: Hombre Mujer

Domicilio Permanente:

Dirección de correo electrónico: _____ farmacia:

Teléfono(casa) _____ Teléfono(trabajo)
_____ célula _____

Número De Seguro Social Del Paciente: _____ Parte Responsable: _____ Relacion Con La Parte
Responsable: Mismo Esposo Hijo Otro

Refiriéndose a nombre del Doctor & Dirección: _____
Nombre del médico de atención primaria & Dirección: _____
Cómo se enteró de nosotros? Zoc-Doc, Patient Pop, Spanish Ads, Other? _____

Estado Marital: _____ Empleado: S/N Estudiante: S/N

Nombre del empleador / Dirección/Teléfono:

Contacto nombre/dirección/teléfono de emergencia:

Razon por su visita: _____ primera fecha de los síntomas: _____

Alergias: _____ está embarazada: Sí No

Información del seguro:

Seguro primario: _____ Seguro secundario:
Compania de Seguros. _____ Compania de Seguros:

Dirección: _____ Dirección:

Nombre del asegurado (a): _____ Nombre de asegurado

Relación del paciente: _____ relación del paciente:

Numero de Polica: _____ Grupo/Numero _____ Numero de Polica
Grupo/Numero

Asegurado sexo: Hombre Mujer fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer fecha de
nacimiento

Empleador: _____ Empleador:

Autorizado de liberación/obtener información: Autoriza este médico o la clínica para liberar u obtener cualquier información
requerida en el curso de mi examen o tratamiento que podría incluir el VIH, enfermedad contagiosa, abuso información, historia
de droga externos de la droga. Nosotros / o nuestro delegado puede contactarlo por teléfono en cualquier número que ha
proporcionado incluyendo números inalámbricos, por texto o por correo electrónico utilizando pre-recorded artificial voz

mensaje o marcación automática y mensajería dispositivo, según sea el caso. **Autorizado a pagar:** Yo por la presente autorizado pago directamente a la oficina de asuntos de este médico o la clínica para los beneficios médicos o quirúrgicos, si los hubiere, pagadero a mí para servicios contrario entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por mi seguro.

Informacion de su Salud

Nombre: _____ Fecha: _____

EDAD _____ Altura _____ Peso _____

1. EL PRESENTE PROBLEMA: DESCRIBIR BREVEMENTE SUS QUEJAS PRESENTES:

2. ÚLTIMO ENFERMEDAD: (FAVOR DE CIRCULARLOS HA TENIDO EN EL PASADO)

**ASMA TIROIDES CORAZÓN DIEASE SANGRADO TENDENCIA TRANSFUSIÓN
CÁNCER DIABETES RHEUM. FIEBRE ENFERMEDAD PULMONAR, TUBERCULOSIS
ICTERICIA STROKE RIÑÓN ENFERMEDAD NERVIOSA TRASTORNO/CONVULSIONES
ÚLCERAS ARTRITIS HIPERTENSIÓN ENFERMEDAD VENÉREA**

SURGIRES: _____

HOSPITALIZACIONES: _____

3. ERES ALLERIC O SENSEITIVE A ALGÚN MEDICAMENTO:

4. COMPLICACIONES DE CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO O TRATAMIENTOS:

5. PERSONAL HÁBITOS: SMOKING _____ COPA ALCOHOL _____ ILÍCITO DRUGS _____ CAFFIENE _____

6. VACUNAS: (FAVOR DE CIRCULARLOS HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS)
EL TÉTANOS INFLUENZA NEUMONÍA OTROS:

7. LISTA DE MEDICAMENTOS:

8. ANTECEDENTES:

A. Miembros de la familia vivo presente salud causa de muerte era

PADRE S/N
MADRE S/N
CÓNYUGE S/N
HERMANOS S/N
HERMANAS S/N
NIÑOS S/N

B. Círculo ILNESS que se han producido en los parientes de la sangre

CANCER PRESION ALTA/CARRERA CORAZON TRASTORNOS NERVIOSOS ALCOHOLSIM THRYOID
ENFERMEDAD RENAL / CÁLCULOS BILIARES COLESTEROL ASMA / fiebre del heno

C. NÚMERO DE DEPENDIENTES: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

A. Estado GENERAL de salud

1. Tuvo un cambio reciente en su peso de más de 10 libras. YES ___ NO ___
2. ¿HaS notado fiebre recurrente? YES ___ NO ___

B. Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta

1. Tienes frecuentes dolores de cabeza? YES ___ NO ___
2. Tienes algún problema de visión significativa? YES ___ NO ___
3. Tiene pérdida auditiva que afecta diariamente? YES ___ NO ___
4. Ha notado algún cambio en su voz. YES ___ NO ___
5. Tienes rinitis alérgica estacional medicación síntomas? YES ___ NO ___

C. Respiratoria

1. SON tu anormalmente corto de aliento? YES ___ NO ___
2. Usted EXPECTORA sangre? YES ___ NO ___
3. Te PRODUCE flema o esputo diaria? YES ___ NO ___

D. Cardiovasculares

1. Tienes ritmo IRREGULAR del corazón? YES ___ NO ___
2. Regularmente tiene PALPITACIONES/saltar de tu corazón YES ___ NO ___
3. LaS piernas bien? YES ___ NO ___
4. Con el ejercicio, ¿se siente presión o incomodidad en el pecho? YES ___ NO ___
5. Le han dicho que tiene un soplo cardíaco? YES ___ NO ___
6. Tienes anormal SHORTNESS de la respiración con el ejercicio? YES ___ NO ___

E. GASTROINTESTINAL

1. Tienes ardor de estómago o problemas para tragar? YES ___ NO ___
2. Usted tiene sangrado del estómago o recto? YES ___ NO ___
3. Hacerte tomar LAXANTES regularmente? YES ___ NO ___
4. Has tenido enfermedad ictericia o la vesícula biliar? YES ___ NO ___

F. Genitourinarias

1. Tiene dificultad para controlar la orina? YES ___ NO ___
2. Es el chorro de orina débil/disminuido? YES ___ NO ___
3. Orina más de una vez por la noche? YES ___ NO ___
4. Tienes dolor o ardor al orinar? YES ___ NO ___
5. Tiene flujo VAGINAL o del pene anormal? YES ___ NO ___

G. Aparato locomotor

1. Ha caído debido a la debilidad/BALANCE problema? YES ___ NO ___
2. Tiene artritis? YES ___ NO ___
3. Tiene debilidad muscular? YES ___ NO ___
4. Han vuelto dolor interfiere con las actividades? YES ___ NO ___

H. NEUROPSYCHIATRIC

1. Has tenido un ataque de nervios? YES ___ NO ___
2. Te sientes tenso, ansioso o nervioso? YES ___ NO ___
3. Tiene problemas para dormir? YES ___ NO ___
4. Tienes dificultades en tu vida sexual? YES ___ NO ___
5. Abuso de drogas o ALCOHOL? YES ___ NO ___

F. SÓLO PARA MUJERES

1. LA ÚLTIMA PERIOD _____ MENSTRUAL SON SUS PERÍODOS REGULARES SÍ/NO
2. LAS FECHAS ENTRE EL NÚMERO DE CYCLES _____ NÚMERO DE EMBARAZO _____
3. Está tomando CONTRACEPCIÓN _____ EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR NOMBRE _____

AVISO DE PRIVACIDAD HIPPA

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información.

Esta oficina siempre ha reconocido la importancia de la privacidad; esta nueva ley federal formaliza las prácticas que se han seguido rutinariamente.

Fondo: en 1996, Congreso reconoció la necesidad de normas de privacidad del paciente nacional y, como parte de la ley de rendición de cuentas y transferibilidad de seguros médicos, abreviado HIPPA, ordenado que se establezca un conjunto de reglas para controlar cómo se utiliza y se divulgó, información de salud mantenida por los médicos, hospitales y planes de salud. Información de la salud se considera sensible y personal, y la ley establece la protección de los consumidores y limita el intercambio de información, como protecciones similares ya promulgadas para atrás cuentas, tarjetas de crédito y alquiler de video incluso.

- Por ley no se requiere consentimiento para discutir su tratamiento médico con tus otros doctores o proveedores de atención médica. Esto también permite una receta a su farmacia y para la programación de la cirugía en un hospital.
- Además, ninguno es necesaria en el curso de llevar a cabo operaciones de cuidado de la salud, tales como la evaluación de la calidad, o en comunicación con su aseguradora para el pago relacionados con problemas, o para usos INCIDENTALES, como anunciando un nombre en una sala de espera o el uso del signo en las hojas.
- Sin embargo, esta oficina siempre ha ido UN paso más en protegerte y no Cree en la liberación de información específica a cualquier empresa o entidad gubernamental sin su consentimiento por escrito.
- Autorización específica es necesaria para revelar información protegida en una circunstancia no rutinarios Como a su empleador o para el USO en la comercialización de UN producto para usted.
- Información médica sobre usted puede ser divulgada para usos de investigación y salud pública, mientras no se identifica individualmente.
- Se le garantiza acceso para revisar su expediente médico, y usted podrá modificar el registro si usted Cree que sea incompleta o inexacta.
- Usted tiene el derecho de revisar Cuándo y a quién su información fue liberada.
- Usted puede sugerir restricciones adicionales con respecto a ciertos usos y divulgaciones, si lo desea.
- Porciones de Este aviso pueden ser modificadas mientras se le notifica.
- ¿Debería creer usted que Han puesto en peligro sus derechos de privacidad, usted puede reportar la violación sin sanción a usted, esta oficina, o el Secretario de salud.
- La ley requiere que el recibo de confirmación de Este aviso; Esto ha sido incluido en el lanzamiento de la firma en el formulario de inscripción. Acuso recibo y he leído y entiendo el aviso de las prácticas de información de salud sobre la participación de mi proveedor en el intercambio de información de salud estatal (HIE). O anteriormente recibí esta información y rechazaba otra copia.

Firma de paciente

Fecha

Comunicado de privacidad de la información

Phoenix Family Medical Care PLLC

Josef Khalil MD

Cynthia Aponte FNP-BC

Nombre de Paciente: _____

Permito que la siguiente persona puede contactarse con respecto a mi información de salud.

Nombre
número de teléfono

relación de paciente

(Usted debe listar su cónyuge y/o nombre de los niños por separado-si no aparecen, no podremos autorizar cualquier información con respecto a su información de salud, citas y especialista ect.)

Firma del paciente o la persona responsable
Fecha

Nombre de la firma paciente o la persona responsable Fecha

Phoenix Family Medical Care Financial Policy

Gracias por haber cuidado médico de la familia del Fénix. Nuestra oficina está comprometida a brindar excelente atención médica para usted y su familia. Se ha establecido la siguiente

política financiera para evitar y reducir cualquier confusión con respecto a su tratamiento sanitario. Su firma significa que usted ha leído esta política y ha tenido sus preguntas contestadas.

Como paciente, usted es responsable del pago de los servicios prestados en el momento de la cita. Todos los copagos, coseguro, deducibles deberán pagarse en el momento del servicio. Esto es parte de su contrato con su compañía de seguros. Fracaso por nuestra parte para recoger de los pacientes puede considerarse fraude. Es la responsabilidad del paciente para verificar con su proveedor de plan de salud para la cobertura de cualquier servicio adicional ofrecido. El paciente es responsable de todos los servicios no cubiertos en caso de que su seguro no cubre los servicios ordenado y proporcionado.

Información sobre el seguro. Es su responsabilidad para proporcionar atención médica de la familia del Phoenix con toda la información correcta y actualizada seguro en cada visita. No hacerlo puede resultar en reclamaciones denegadas y cualquier saldo que se convierten en tu responsabilidad.

Accidentes de automóvil. Cuidado médico de la familia del Phoenix no cuenta a las compañías de seguros de terceros por accidentes de automóvil.

Presentación de reclamaciones. Como cortesía, cuidado médico de la familia del Phoenix presentar sus reclamaciones y asistirle de cualquier manera razonable para ayudar a su reclamación pagada.

Declaraciones. Las declaraciones se envían mensualmente. Se espera que todos los saldos por pagar dentro de 15 días de la recepción de la factura. Si su cuenta es más de 90 días atrasado, usted recibirá una carta indicando que usted 10 días para pagar tu cuenta en su totalidad. Familia de Phoenix Medical Care tiene el derecho de rechazar el tratamiento a pacientes con saldos pendientes.

Devolución de cheques. Una cuota de \$35 por fondos insuficientes se requerirá de la paciente, así como el saldo. No se aceptarán cheques.

Política de la cita. Como cortesía, se llame a nuestra oficina antes de su cita para lo de su cita. Requieren 24 avisos para toda cancelación y/o reprograman citas, no hacerlo resultará en un cargo de \$50. Automático NO SHOW será gratuita la misma tarifa de \$50. Nuestra oficina hará todo lo posible para ver a los pacientes a tiempo y esperamos el mismo respeto de nuestros pacientes.

Firma del paciente o la persona responsable

Fecha