



NOMBRE: _____ **SEXO:** F _ M _ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____
TELEFONO DE CASA: _____ **CELULAR:** _____ **OTRO TELEFONO:** _____
DIRECCION: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CP:** _____
#SS: _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____

EMPLEO: _____ **NOMBRE DE LA EMPRESA:** _____ **#TEL.:** _____
ESPOSO: (A): _____ **NOMBRE DE LA EMPRESA:** _____ **#TEL.:** _____
RAZA: BLANCA: ___ AFRICANO AMERICANA: ___ HISPANO/LATINO: ___ NATIVO AMERICANO: ___ ASIATICO: ___ OTRO: _____
IDIOMA: INGLES: ___ ESPANOL: ___ HINDU: ___ URDU: ___ TAMIL: ___ SWAHILI: ___ OTRO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ **PARENTESCO:** _____ **TEL.:** _____

DIVULGACION DE REGISTRO MEDICO:

- PODEMOS DISCUTIR SU CONDICION MEDICA O SUS RESULTADOS DE LABORATORIOS CON SU(S) FAMILIAR (ES)? SI ___ NO ___
- PODEMOS ENVIAR UN MENSAJE EN SU BUZON DE VOZ EN: CASA? SI: ___ NO: ___ CEL? SI: ___ NO: ___ TRABAJO? SI: ___ NO: ___
- PODEMOS ENVIAR SUS RESULTADOS DE LABORATORIO POR FAX A OTRO MEDICO EN CASO NECESARIO? SI: ___ NO: ___

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

PERSONA PRINCIPAL ASEGURADA:

SI MISMO: ___ ESPOSA (O): ___ PADRE (MADRE): ___ **NOMBRE:** _____

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

1: _____ 2: _____

NUMERO DE POLIZA/ # DE GRUPO:

1: _____ / _____ 2: _____ / _____

ACUERDO SOBRE MEDICAMENTO CONTROLADO:

LOS MEDICOS DE PCP FOR LIFE Y/O CUALQUIER PROVEEDOR PROPIAMENTE AUTORIZADO, EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE DESCONTINUAR LOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS A DISCRECION PROPIA. EL PROGRESO DEL PACIENTE SERA REVIZADO PERIODICAMENTE Y SI EL MEDICAMENTO CONTROLADO NO MEJORA LA CONDICION DEL PACIENTE, ESTE MEDICAMENTO SERA DESCONTINUADO. PCP FOR LIFE TAMBIEN PUEDE DESCONTINUAR CIERTOS MEDICAMENTOS PREESCRITOS SI SE PIENSA QUE ESTAN SIENDO UTILIZADOS DE MANERA ADICTIVA.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

AL FIRMAR ESTA FORMA USTED ACEPTA QUE CUENTA CON LA COBERTURA DE SEGURO MEDICO ESPECIFICADA EN LA PARTE DE ARRIBA Y ESTAN ASIGNADOS TODOS LOS BENEFICIOS MEDICOS DIRECTAMENTE A PCP FOR LIFE O DR N. K. KARIMJEE, MD, SI CUENTA CON ELLOS, DE LO CONTRARIO USTED TENDRA QUE PAGAR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDE QUE USTED ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS INDEPENDIENTEMENTE PAGADOS O NO POR LA ASEGURADORA. USTED POR ESTE MEDIO AUTORIZA A PCP FOR LIFE LA DIVULGACION DE TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS BENEFICIOS O EL PROCESO DE LAS RECLAMACIONES A SU ASEGURANZA. USTED TAMBIEN ESTA DE ACUERDO EN LA DIVULGACION DE REGISTRO MEDICO Y EL ACUERDO SOBRE MEDICAMENTO CONTROLADO MENCIONADOS ANTERIORMENTE.

FIRMA: _____ **NOMBRE:** _____ **FECHA:** _____

OPCIONAL: CUAL ES SU INGRESO FAMILIAR ANUAL? (CIRCULE UNA OPCION): **A** **B** **C** **D** **E** **F** **G** **H** **I**

PERSONAS EN SU HOGAR:

1	A	\$11,670	B	\$17,505	C	\$23,340	D	\$29,175	E	\$35,010	F	\$40,845	G	\$46,680	H	\$52,515	I	\$58,350
2	A	\$11,670	B	\$17,505	C	\$23,340	D	\$29,175	E	\$35,010	F	\$40,845	G	\$46,680	H	\$52,515	I	\$58,350
3	A	\$11,670	B	\$17,505	C	\$23,340	D	\$29,175	E	\$35,010	F	\$40,845	G	\$46,680	H	\$52,515	I	\$58,350
4	A	\$11,670	B	\$17,505	C	\$23,340	D	\$29,175	E	\$35,010	F	\$40,845	G	\$46,680	H	\$52,515	I	\$58,350
5	A	\$11,670	B	\$17,505	C	\$23,340	D	\$29,175	E	\$35,010	F	\$40,845	G	\$46,680	H	\$52,515	I	\$58,350
6	A	\$11,670	B	\$17,505	C	\$23,340	D	\$29,175	E	\$35,010	F	\$40,845	G	\$46,680	H	\$52,515	I	\$58,350
7	A	\$11,670	B	\$17,505	C	\$23,340	D	\$29,175	E	\$35,010	F	\$40,845	G	\$46,680	H	\$52,515	I	\$58,350
8	A	\$11,670	B	\$17,505	C	\$23,340	D	\$29,175	E	\$35,010	F	\$40,845	G	\$46,680	H	\$52,515	I	\$58,350

Gracias por permitirnos formar parte de su cuidado medico. Para ayudar a gestionar el costo de su cuidado medico, hemos desarrollado una poliza de pago justa para que pueda recibir un cuidado exhaustivo y minimizar el estres asociado con la carga financiera del buen cuidado. Si cuenta con un balance vencido o incurre en nuevos cargos que hacen dificil el pago al momento del servicio, el personal de la oficina tiene la capacidad de permitirle hacer un plan de pago para dirigir esas cantidades. El plan de pago requiere un minimo de \$10.00 al momento, pero requiere que el pago sea automatizado. Este seguro que toda la informacion privada es manejada por un tercer grupo nacional especializado que se apeg a las reglas de privacidad federales.

Si usted cuenta con aseguranza, le cobraremos por los servicios que se le proporcionaron, sin embargo, por favor tenga en cuenta que los beneficios de seguro medico es un contrato entre usted y/o su empleador y usted y su aseguradora. Si existen servicios dentro de ciertos marcos que nosotros le proporcionamos, aunque la aseguradora no lo pague, son su responsabilidad. Tambien es su responsabilidad advertirnos sobre alguna actualizacion o cambio en su seguro medico. La mayoría de las aseguradoras no pagaran si una reclamacion se archiva despues de 60 dias y por lo tanto sera su responsabilidad.

Los **Co-pagos** se realizan al momento del servicio. Podriamos mandarle periodicamente estados de cuenta mostrando el balance despues de que su compania de seguro medico haya pagado. Si tiene alguna duda acerca de pagos en su cargo en su estado de cuenta, favor de contactar al departamento de facturacion de manera inmediata. El balance en su cuenta se debe pagar de manera inmediata una vez que la responsabilidad ha sido determinada, ya sea por el EOB (Explicacion de los Beneficios por sus siglas en ingles) de su compania de seguro medico o por un estado de cuenta.



Bienvenido a nuestra oficina. Estamos comprometidos con su salud. El proposito de este cuestionario es establecer una base en los factores que son importantes para su salud. Provee informacion que es fundamental en su tratamiento tanto par ahoj como para el future. Le indicaremos que llene el cuestionario una vez al ano. Funciona como una lista de verificacion de problemas de salud que pudiera discutir y otros que necesita mencionar. Favor de contestar lo major que pueda a todas las preguntas. Nuestra oficina utiliza medicos y profesionistas (practicante de enfermeria y asistentes medicos) y usted como paciente siempre tiene derecho de seleccionar el profesionista de su eleccion.

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO: H: ___ M: ___** **FECHA:** _____

PREOCUPACION Y DURACION:

1.	2.
3.	4.
5.	6.

MEDICAMENTOS:

1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.

MEDICAMENTOS SIN RECETA: _____

ALERGIAS (DESCRIBA LA REACCION): _____

SEGURIDAD Y HABITOS:

FUMO ___ **CIGARRILLO(S) AL DIA POR** ___ **ANOS. TOMO** ___ **VECES POR SEMANA. DROGAS RECREATIVAS? SI: ___ NO: ___.** **CAFÉ:** ___ **TAZAS POR DIA.**
USA CINTURON DE SEGURIDADSI: ___ NO: ___. **USA CASCO SI MANEJA MOTOCICLETA?SI: ___ NO: ___.** **TIENE ALARMA DE INCENDIO EN CASA?SI: ___ NO: ___**
VARIAS PAREJAS SEXUALES, EN EL PASADO O PRESENTE? SI: ___ NO: ___ EN CASO QUE LA RESPUESTA SEA SI, PRACTICA SEXO SEGURO (UTILIZA PROTECCION?) SI: ___ NO: ___. **ALGUN PROGRAMA RUTINARIO DE EJERCICIO? SI: ___ NO: ___.** **SE SIENTE CON SOBREPESO? SI: ___ NO: ___.** **CUAL ES SU ALTURA? ___ PIES ___PULGADAS.**

CIRUGIAS EN EL PASADO (Año o edad): _____

1.	2.	3.
4.	5.	6.

OTRAS ENFERMEDADES (Como presion alta, diabetes, asma, enfermedad coronaria, alergias, cancer, etc.):

1.	2.	3.
4.	5.	6.

MUJERES: Ultima menstruacion: _____. Menopausia? SI: ___ NO: _____. Histerectomia? SI: ___ NO: _____. Ultimo papanicolao(mes/ano): _____. Ultimo mamograma? _____. Num. de embarazos: _____. Num. de hijos: _____. Abortos: _____. Autoexploracion mamaria? SI: ___ NO: _____.

OTRAS PREOCUPACIONES:

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Extremimiento constante | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Nausea frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Siempre cansado | <input type="checkbox"/> Heces oscuras frecuentemente | <input type="checkbox"/> Antecedentes de hepatitis | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Lesiones en la piel |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fuerza disminuida de la orina | <input type="checkbox"/> Antecedentes de ulceras | <input type="checkbox"/> Frecuencia de orinar por la noche | <input type="checkbox"/> Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Riesgo de VIH | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Numerosas parejas sexuales | <input type="checkbox"/> Esfuerzo para orinar |
| <input type="checkbox"/> Inflamacion | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Indigestion frecuente | <input type="checkbox"/> Miccion dolorosa | <input type="checkbox"/> Se estresa facilmente |
| <input type="checkbox"/> Sangre en heces | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos | <input type="checkbox"/> Latido cardiaco irregular | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Problemas para deglutir |
| <input type="checkbox"/> Sangre en orina | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones | <input type="checkbox"/> Reciente perdida de cabello | <input type="checkbox"/> Hinchazon de tobillos o pies |
| <input type="checkbox"/> Elevacion de la presion arterial | <input type="checkbox"/> Bronquitis frecuente | <input type="checkbox"/> Dolor de piernas | <input type="checkbox"/> Reciente sangrado nasal | <input type="checkbox"/> Estremecimientos |
| <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Sudoracion nocturna frecuente | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Reciente cambio en la vision | <input type="checkbox"/> Miccion excesiva |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho o esfuerzo excesivo | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias frecuentes | <input type="checkbox"/> Perdida de la energia | <input type="checkbox"/> Dolores de espalda recurrentes | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Perdida de interes | <input type="checkbox"/> Salpullido o urticaria recientes | <input type="checkbox"/> Debilidad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Presion en el pecho/ pesadez | <input type="checkbox"/> Dificultad para escuchar | <input type="checkbox"/> Perdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Alergias temporales | <input type="checkbox"/> Aumento de peso recientemente |
| <input type="checkbox"/> Tos cronica | <input type="checkbox"/> Soplo cardiac | <input type="checkbox"/> Migrana | <input type="checkbox"/> Dificultad sexual | <input type="checkbox"/> Perdida de peso recientemente |
| <input type="checkbox"/> Problemas para concentrarse | <input type="checkbox"/> Sensacion de acidez frecuente | <input type="checkbox"/> Mal humor | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Sibilancias |

HISTORIAL FAMILIAR (SELECCIONE LAS CASILLAS)	PADRE	MADRE	HERMANO (S)	HERMANA (S)	ABUELO PATERNO	ABUELA PATERNA	ABUELO MATERNA	ABUELA MATERNA	LADO PATERNO	LADO MATERNO
PRESION ARTERIAL ALTO										
COLESTEROL ALTO										
DIABETES										
ENFERMEDAD CARDIACA										
ATAQUE CARDIACO										
CANCER										
PROBLEMA DE TIROIDES										
ATAQUE FULMINANTE										
DEPRESION										
ENFERMEDAD MENTAL										
OSTEOPOROSIS										
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER										

- Ha estado en contacto con alguien que presenta fiebre de larga duracion, perdida de peso, tos, y/o tosiendo sangre? Si: ___ No: ___ No esta seguro: ___
- Ha estado en contacto con alguien que use drogas intravenosas, tenga VIH, este o haya estado en prision, o que recientemente se haya mudado a USA?
Si: ___ No: ___ No esta seguro: ___
- Apto para Tetanos (en caso <10 anos)?
Ultima vez: _____ Si: ___ No: ___
- Lo han vacunado para la neumonia (si tiene mas de 65 anos)? Si: ___ No: ___
- Le gustaria que le notifiemos de su vacuna anual contra la influenza? Si: ___ No: ___
- Le gustaria informacion en directiva avanzada?
Si: ___ No: ___



PRACTICAS DE PRIVACIDAD O NOTIFICACION DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPPA en ingles):

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA, VERIFICADA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

1.

PCP for Life utiliza un sistema electrónico médico que permite la prescripción de medicamentos. Los medicamentos son enviados a su farmacia y a su compañía de seguro médico a través de una conexión electrónica segura que mejora el tiempo y la correcta transmisión de la información de su medicamento. Para optimizar el uso de esta capacidad electrónica coordinar su cuidado entre nosotros y sus especialistas, este sistema nos permitirá acceder su historial de medicamento a través de las bases de datos de las farmacias y las compañías de seguro médico.

Esta notificación de privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud (PHI en inglés) para continuar con su tratamiento, pago o las operaciones de cuidado de salud (TPO en inglés) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información protegida de salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted, incluye información demográfica, la cual puede identificarle y lo relaciona con su pasada, presente y futura condición de salud física o salud mental y servicios médicos relacionados.

1. **Uso y divulgación de información protegida de salud:** su información protegida de salud puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y personas que están fuera de la oficina que están involucradas en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle los servicios de cuidado de salud, para pagar sus facturas de servicios médicos, para el apoyo de la operación de practica medica y otro uso requerido por la ley.
 - a) **Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información protegida de salud para proveer, coordinar, o manejar su cuidado de salud y algún otro servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o manejo de su cuidado de salud con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser enviada a un medico al cual usted ha sido referido, para asegurar que el médico tiene la información necesaria para diagnosticarlo u ofrecerle tratamiento.
 - b) **Pago:** Su información protegida de salud será utilizada, según sea necesaria para obtener el pago por sus servicios de cuidado de salud. Por ejemplo, obtener aprobación para una estancia hospitalaria necesita que su información protegida de salud importante sea divulgada al plan de salud para obtener aprobación para la admisión hospitalaria.
 - c) **Las operaciones de salud:** podemos usar o podemos revelar su información protegida a especialistas u otros médicos que ven pacientes en nuestra oficina. Podemos usar su información protegida de salud, como sea necesario, para avisarle y recordarle de su cita. Podemos usar su información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización, estas incluyen, salud publica como requerido por ley, estas enfermedades comunicable: descuido publico: abuso o descuido: Administración de drogas: Directores de funeral y donativos de órganos: investigación: Actividad criminal: Actividad militar y seguridad nacional: usos de funeral por estas y el humano atiende a investigar y determinar nuestra conformidad con los requisitos de las sección 164.500.
2. **Sus derechos:** Lo siguiente es una declaración de tus derechos con respeto a su infromacion de salud.
 - a. **Tiene el derecho de inspeccionar y copier su informacion de salud.** Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copier los registros siguientes: notas de psicoterapia: informacon compilada en la anticipacion razonable de, ni del uso en, una accion ni proceder civiles criminalis ni administrative, y en informacion protegida de salud que es la ley a que prohíbe el acceso a las informacion protegida de salud.
 - b. **Usted tiene el derecho de solicitar una restriccion de su informacion protegida de salud:** Esto significa que usted no puede preguntar o usar ni reveler en cualquier parte de su informacion protegida de salud para los propositos de tratamiento, las operacioned de pago ni la asistencia de salud. Usted puede solicitar tambien que en cualquier parte de su informacion protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propositos de notificacion como descrito en esta nota de practicas de appliqué. Su pedido debe exorsesar la restriccion especifica solicitada y a quien usted quiere que la restriccion limitada. Su medico no es requerido a una restriccion que usted puede solicitar. Su medico cree que este es su mayor interes de permitir el uso y revelacion de su informacion protegida de la salud, no sera restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar otro profesional de asistencia de salud.
 - c. **Usted tiene el derecho para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos:** Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de esta nota de nosotros, sobre el pedido, aunque usted aya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabra electronicamente.
 - d. **Usted puede tener el derecho de tener su medico enmienda su informacion protegida de salud:** Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaracion del desacuerdo con nosotros. Podemos repara una refutacion de declaracion y proporcionar con una copia de refutacion.
 - e. **Usted tiene el dereco de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho:** reservamos el derecho de cambiar los terminus de esta nota y lo informara por correo de cualquier cambio. Usted entices tiene la opcion de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.
 - f. **Las Quejas:** Usted puede quejarse al secretario de servicios de salud y humano si usted cree que sus derechos de intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando nuetro contacto de intimidad de su queja. Nosotros nos vengaremos de usted para archivar una queja. Esta nota se publico y entra en vigencia en antes de el 14 de Abril del 2003.

Nosotros recervamos el derecho de cambio de terminus de esta noticia y le informaremos sus cambios por correo. Nosotros requerimos por ley de mantener la privacidad de esta forma, porfavor si tiene alguna pregunta, puede llamar a un oficial de HIPPA por telefono o en persona a nuestro telefono.

La firma de abajo es solo para reconocer qu usted a recibido esta niticia de nuestra privacidad.

Firma _____ nombre _____ fecha _____