



Northwest ENT  
and Allergy Center

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Expediente medico

Nombre del paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad del paciente  Masculino  Femenino  ESTADO CIVIL  S  C  D  V

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Qué médico visitará hoy?  Dr. Locandro  Dr. Parikh  Dr. Kauffman  Dr. Ingley  Dr. Antunes  Claudette Corey, NP

Jeff D'Ambrosio PAC

Nombre del médico que solicitó la visita o consulta de hoy: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera, si no es el que mencionó antes: \_\_\_\_\_ Teléfono N.º \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?

Sitio Web NW ENT  Medico  ZocDoc  Seguro  Búsqueda en Internet  Amigo  Familiar

NOMBRE PARTE RESPONSABLE: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

Teléfono particular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Laboral (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro principal \_\_\_\_\_ Tomador del seguro \_\_\_\_\_

N.º Identificación de Póliza \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Secundaria \_\_\_\_\_ Tomador del seguro \_\_\_\_\_

N.º Identificación de Póliza \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_

**\*\*Si el tomador del seguro no es el paciente, debemos contar con la información siguiente para presentar su reclamo\*\***

TOMADOR DEL SEGURO: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TOMADOR DEL SEGURO \_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_ Niño \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Empleador suscripto \_\_\_\_\_

**EL PAGO DE TODOS LOS COPAGOS, DEDUCIBLES Y CUALQUIER OTRA TARIFA DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE VENCE CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE LAS TARIFAS, AVÍSENOS.**

### AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y TAREA

Por la presente autorizo a Northwest ENT & Allergy Center a proveerme el diagnóstico y tratamiento. Asimismo autorizo a Northwest ENT & Allergy Center a proporcionar información médica y/o cualquier otra información a mi asegurador y/o Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o transportistas, cualquier información necesaria para el pago de reclamos de la Compañía de Seguros o Medicare por servicios prestados por Northwest ENT & Allergy Center y/o sus médicos. Autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar de su original y solicito la asignación del pago de los beneficios de seguro médico a Northwest ENT & Allergy Center y/o sus médicos. Comprendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención de salud acerca de cualquier otra parte que pueda ser responsable por el pago del tratamiento. (La sección 1128B de la Ley SS y 31 U.S.C. 3801-3812 provee sanciones por retener esta información). También se me informaron mis derechos a la privacidad mediante posters y folletos incluidos dentro de esta oficina, conforme se autoriza bajo las leyes HIPAA federales actuales.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal (Si el paciente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha



# HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Expediente medico # \_\_\_\_\_

Para poder obtener una historia clínica completa, es importante que complete este formulario de la manera más completa posible. Esta es una información muy importante. **Complete todos los artículos.** Es muy importante que su médico sepa que ha revisado atentamente todas las áreas de este formulario. Esta información ingresará en la computadora y, si desea, puede obtener una copia del informe.

NOMBRE DEL PACIENTE: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Preferencia de Farmacia (incluir ubicación): \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY: \_\_\_\_\_

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUME ACTUALMENTE:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de toma

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Si la respuesta es afirmativa, enumerar a continuación:

Nombre del medicamento	Tipo de reacción

## CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

¿Ha tenido algún problema con la anestesia (entumecimiento o adormecimiento)? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si su respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

Enumere las cirugías que ha tenido (incluso las fechas):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado alguna vez por motivos no quirúrgicos? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si la respuesta es afirmativa, escriba los motivos por las hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OCUPACIÓN ACTUAL O MÁS RECIENTE: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Expediente medico # \_\_\_\_\_

MARQUE SI USTED HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNOS DE LAS SIGUIENTES::

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de seno      | <input type="checkbox"/> Alta nivel de colesterol | <input type="checkbox"/> Hepatitis                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer pulmonar     | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco          | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacales        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de piel      | <input type="checkbox"/> Presión alta             | <input type="checkbox"/> Próstata                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de garganta  | <input type="checkbox"/> Ansiedad                 | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata  | <input type="checkbox"/> Depresión                | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral/embolia   |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de cáncer | <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                  |
| <input type="checkbox"/> Migrañas            | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica       | <input type="checkbox"/> Disfunción de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Alergias nasales    | <input type="checkbox"/> Enfisema                 | <input type="checkbox"/> Anemia                    |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Hemofilia                 |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Reflujo gastrointestinal | <input type="checkbox"/> VIH                       |

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Está embarazada?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Le han puesto la vacuna de neumonía?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usa aparatos Auditivos o padece de sordera?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Está retirado?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Usa tabaco:<br>marque el tipo de tabaco: <input type="checkbox"/> Tabaco sin humo <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarros  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Consume bebidas alcohólicas?<br><input type="checkbox"/> menos de 12 por año <input type="checkbox"/> 4-13 bebidas el mes <input type="checkbox"/> 4-14 bebidas semanales<br><input type="checkbox"/> más de 2 bebidas por día | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Usas drogas recreacionales?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Uso de cafeína? ( <i>café, té, chocolate, cola, o otros productos cafeína</i> )<br>Marcar el uso de la cafeína: <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más       | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Está expuesto a fumadores a su alrededor?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿El paciente va a la guardería?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Situación de vida en casa?<br>Marque lo que aplique. <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> con hijos <input type="checkbox"/> con esposo   |                             |                             |

## HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Expediente medico # \_\_\_\_\_

INDIQUE SI ALGUIEN EN SU FAMILIA HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES:

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Algún problema con la anestesia | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Sagrado o coagulación sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos             | <input type="checkbox"/> Diabetes     |  |

POR FAVOR MARQUE SI USTED TIENE AHORA O HA RECIENTEMENTE TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre                 | <input type="checkbox"/> Dentaduras postizas      | <input type="checkbox"/> Deglución dolorosa                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir  | <input type="checkbox"/> Desmayarse o desmayos    | <input type="checkbox"/> Vómitos                             |
| <input type="checkbox"/> Sorbida de peso        | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho          | <input type="checkbox"/> Dolor articular                     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso        | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco           | <input type="checkbox"/> Articulaciones tiezas               |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa         | <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones     |
| <input type="checkbox"/> Picazón de ojos        | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas | <input type="checkbox"/> Cambio del sentido del olfato       |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión   | <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos    | <input type="checkbox"/> Cambio del sentido del gusto        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de ojos          | <input type="checkbox"/> Urticaria                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                   |
| <input type="checkbox"/> Mareos                 | <input type="checkbox"/> Estornudos               | <input type="checkbox"/> Dolor facial severo                 |
| <input type="checkbox"/> Drenaje del oído       | <input type="checkbox"/> Tos seca                 | <input type="checkbox"/> Convulsiones                        |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Tos con flema            | <input type="checkbox"/> Temblores                           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído          | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Aumento de apetito                  |
| <input type="checkbox"/> Zumbido de oído        | <input type="checkbox"/> Ronquido                 | <input type="checkbox"/> Fatiga                              |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal       | <input type="checkbox"/> Silbidos de pecho        | <input type="checkbox"/> Escalofríos                         |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz   | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal          | <input type="checkbox"/> Sangran excesivo después una lesión |
| <input type="checkbox"/> Drenaje post nasal     | <input type="checkbox"/> Diarrea                  | <input type="checkbox"/> Moretones                           |
| <input type="checkbox"/> Acidez o amarguras     | <input type="checkbox"/> Acidez                   | <input type="checkbox"/> Masas o bultos en la axila          |
| <input type="checkbox"/> Afonía o amarguras     | <input type="checkbox"/> Náusea                   | <input type="checkbox"/> Masas o bultos en el cuello         |
| <input type="checkbox"/> Úlceras bucales        | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar   | <input type="checkbox"/> Masas o bultos en la ingle          |

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO.**

Expediente medico # \_\_\_\_\_

Northwest ENT & Allergy Center cumple con los lineamientos de HIPAA para garantizar la integridad de su privacidad. Necesitamos su ayuda para garantizar su privacidad al proporcionarnos la información siguiente:

En el evento que a mí, \_\_\_\_\_ no puedan encontrarme personalmente, Northwest ENT & Allergy Center pueden dejar todos los resultados de las pruebas, información de citas u otra información confidencial médica o financiera mediante con las siguientes personas:

Nombre	Relacion con el paciente	Fecha de Nacimiento	Telefono de Contacto

Divulgacion de su información de su salud protegida a cualquier persona que no sea el paciente o padre/tutor legal se limitara a las personas mencionadas anteriormente, o de lo contrario las personas listadas en el aviso de practicas de privacidad.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

### Estandarización de Mejora de Calidad de Atención de Salud

*Garantizar la prestación de atención de alta calidad y centrada en el paciente requiere comprender las necesidades de las poblaciones a las que se presta servicios. La infraestructura de datos de atención de salud del país no ofrece el nivel necesario de detalle para comprender los cuáles son los grupos que están experimentando desigualdades de atención de salud o podrían beneficiarse de esfuerzos de mejora de calidad enfocada. Se recomiendan estas preguntas para estandarizar un enfoque para obtener datos referentes a raza, etnia e idioma. Responda las preguntas a continuación para ayudarnos en la recolección de estos datos.*

**Raza**

- Indoamericano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Hawaiano nativo u otro Isleño del Pacífico
- Otra Raza
- Blanco
- Se rehúsa a declarar

**Etnia**

- Hispánico o Latino
- No hispánico ni Latino
- Se rehúsa a declarar

**Idioma**

- Inglés
- Español
- Otro

**Método preferido para recibir información de la**

**Oficina**

- Teléfono móvil o celular
- Hogar
- Correo
- Optar por no
- Otro teléfono
- Portal del paciente Telefonolaboral



Northwest ENT  
and Allergy Center

## PÓLIZA FINANCIERA

Expediente medico # \_\_\_\_\_

A medida que nuestra oficina se esfuerza por mantener el costo de la atención al paciente, es importante que entienda su responsabilidad financiera para su atención médica. **Nuestra oficina lleva a cabo procedimientos “dentro de la oficina” en donde su compañía de seguro considera un procedimiento quirúrgico.** En algunos casos, **aplicarán** los “beneficios para pacientes ambulatorios” en donde quizá tenga que cumplir con un deducible o pagar un importe adicional de coaseguro. **Verifique su libro de beneficios de seguro para obtener la información de cobertura.**

**Es importante que comprenda lo que su póliza de seguro cubre y no cubre. Cada póliza de seguro del paciente es diferente y, debido a esto, es imposible que nuestro personal conozca los detalles de lo que cubre o no cubre su póliza. Si tiene preguntas referentes a su seguro, llame al departamento de servicios al asociado que se encuentra en su tarjeta de seguro.**

**PACIENTES DE ATENCIÓN MÉDICA GERENCIADA:** Es su responsabilidad obtener todas las derivaciones necesarias y las autorizaciones de su médico de cabecera. Usted será responsable de todos los servicios si el seguro rechaza debido a falta de autorización. Todos los copagos se vencen al momento del servicio.

**PACIENTES DE SEGURO COMERCIAL:** Completaremos en su nombre sus servicios médicos con su compañía de seguros. Como gentileza, completaremos también todas las pólizas de seguro secundarias que pueda tener. No obstante, usted es totalmente responsable de todos los cargos incurridos, en especial los cargos rechazados como no cubiertos por su compañía de seguros. Su seguro puede tener su propio programa de tarifa “usual, habitual y razonable (UCR)”

**PACIENTES POR CUENTA PROPIA:** Usted es responsable por el pago de servicios en el día que es observado.

**COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR:** Es responsable de ayudarnos a obtener la autorización de su gerente de caso o ajustador para todas las visitas de oficina. Facturaremos su plan de seguro de compensación del empleador o trabajador. Usted es solo responsable del pago si su reclamo es controvertido.

**PACIENTES DE MEDICARE:** Estamos participando con Medicare. Facturaremos a Medicare en su nombre. Observe que la ley federal requiere que recolectemos sus importes de deducible anual y coaseguros. Si tiene una aseguradora secundaria, facturaremos su seguro secundario después del pago de Medicare.

**PACIENTES ASISTIDOS POR EL ESTADO** *Participamos con el programa Medicaid del estado de Georgia y facturaremos a Medicaid. Los beneficios médicos son válidos de mes a mes. Por lo tanto, será necesario que nos presente su certificado Medicaid todos los meses. Recopilaremos todos los copagos al momento del servicio. Observe que, si hay una falla en su cobertura mensual de Medicaid (es decir, no es elegible para los beneficios de Medicaid), se considerará un paciente particular.*

**TARIFA ADICIONAL SI NO SE PRESENTA:** *Su cuenta se recargará con \$50.00 por cada visita que se considere que no se ha presentado.*

### POLÍTICA DE PAGO

Todos los copagos, importes de coaseguro, deducibles y/u otros saldos adeudados por el paciente deben pagarse en su totalidad al momento de su visita. El incumplimiento del pago en su cuenta **tendrá como resultado su despido** de la profesión y su cuenta se presentará a una agencia de cobranza externa para el pago. **Informamos las cuentas impagas a la oficina de crédito.** Observe que tenemos un importe por cheque devuelto o rebotado de \$50.00 para todos los cheques rebotados de su banco por fondos insuficientes que se recargarán a la cuenta de su paciente y será responsable del pago.

Los arreglos de pago también pueden realizarse mediante un servicio financiero, Servicios de Atención de Créditos. El tenedor de la cuenta es responsable de realizar los pagos directamente a los Servicios de Atención de Créditos según sus términos y condiciones.

Comprendo y estoy de acuerdo con los términos y las condiciones según se establecen anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente y/o Tutor Legal

Fecha: \_\_\_\_\_