

92-11 Roosevelt Ave. Jackson Heights, NY 11372

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____

Números Telefónicos: Casa _____ Trabajo _____

Celular _____ ¿Se puede dejar mensaje detallado? (Encierre en un círculo) Si No

Dirección Electrónica: _____

Dirección de Casa: _____

Seguro Social: ____-____-____ Fecha de Nacimiento: ____-____-____

Sexo: (Encierre en un círculo) Masculino Femenino Otro Lugar de Nacimiento: _____

Lenguaje: (Encierre en un círculo) Inglés Español Otros _____

Raza: (Encierre en un círculo) Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano Otro _____

Etnia: (Encierre en un círculo) Hispano No Hispano Declina especificar Otra

Estado Civil: (Encierre en un círculo) Casado Soltero Divorciado Viudo Otra

Médico de atención primaria:

Nombre / Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Paciente: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Nombre de la farmacia, dirección y número de teléfono: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Dra. Azar estaba disponible para mi revisión.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador: _____

Ocupación: _____

Número de Teléfono / Dirección: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor, presente su tarjeta de seguro para copiado

Proveedor de Póliza: _____ Auto pago

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Número de Teléfono: _____ Monto de Co-Pago: _____

Parte responsable (si no es el paciente) _____

Número de Teléfono: _____ Empleador: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:

Estoy de acuerdo que la Dra. Azar pueda revelar cierta información de salud a una(s) persona(s) que no sea yo, porque dicha(s) persona(s) está involucrada(s) en el cuidado de mi salud o pagos relacionados a mi salud. En ese cuidado, sólo divulgaremos información que sea directamente relevante a la(s) persona(s) involucrada(s) en el cuidado de mi salud o pagos relacionados con el cuidado de mi salud. Designo a las siguientes personas para los propósitos limitados descritos anteriormente. Entiendo que no estoy obligado listar a nadie, y puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____-____-____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____-____-____

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR: (por favor marque con un círculo todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| • Ansiedad | • Depresión | • Problemas de la tiroides (Hiper o Hipo) |
| • Artritis | • Diabetes | • Leucemia |
| • Asma | • Enfermedad Renal en Etapa Terminal | • Cáncer de Pulmón |
| • Fibrilación Auricular | • Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico | • Linfoma |
| • Trasplante de Médula Ósea | • Pérdida de la audición | • Cáncer de próstata |
| • Hiperplasia Benigna de Próstata | • Hepatitis | • Tratamiento por Radiación |
| • Cáncer de Mama | • Hipertensión arterial | • Convulsiones |
| • Cáncer de Colon | • VIH / SIDA | • Accidente Cerebrovascular |
| • Trastorno del Procesamiento Auditivo Central | • Colesterol alto | • Marcapasos |
| • Enfermedad de la Arteria Coronaria | | • NINGUNA |

Otros: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO ANTERIOR: (por favor marque con un círculo todo lo que corresponda)

- Extirpación de Apéndice
- Extirpación de Vejiga
- Mastectomía (Derecha, Izquierda, Bilateral)
- Lumpectomía (Derecha, Izquierda, Bilateral)
- Biopsia de mama (Derecha, Izquierda, Bilateral)
- Reducción de busto
- Implantes de seno
- Colectomía: Resección del cáncer de colon
- Colectomía: Diverticulitis
- Colectomía: IBD
- Reemplazo de Articulaciones de la Cadera (Derecha, Izquierda, Bilateral)
- Reemplazo de Articulación dentro en los últimos 2 años
- Biopsia de Riñón (Nefrectomía)
- Extirpación de Vesícula Biliar
- Cirugía de Revascularización Coronaria
- Reemplazo de Válvula Mecánica
- Otro _____
- Reemplazo de Válvula Biológica
- Transplante de Corazón
- Reemplazo de Articulaciones de Rodilla (Derecha, Izquierda, Bilateral)
- Transplante de Riñón
- Extirpación de Ovarios: Endometriosis
- Extirpación de Ovarios: Quiste
- Extirpación de Ovarios: Cáncer de Ovario
- Extirpación de Próstata: Cáncer de Próstata
- Biopsia de Próstata
- RTU (Extirpación de Próstata)
- Eliminación de Cálculos de Riñón
- Extirpación de bazo
- Extirpación de Testículos (Derecho, Izquierdo, Bilateral)
- Histerectomía: Fibromas
- Histerectomía: Cáncer Uterino
- NINGUNO

HISTORIAL DE DERMATOSIS: (por favor marque con un círculo todo lo que corresponda)

- Acné
- Queratosis Actínica
- Asma
- Cáncer de Piel de Células Basales
- Quemaduras Solares con Ampollas
- Piel Seca
- Cáncer de Piel de Células Escamosas
- Psoriasis
- Eczema
- Descamación o Picazón del Cuero Cabelludo
- Fiebre del Heno / Alergias
- Lunares Precancerígenos
- Melanoma
- Hiedra Venenosa

¿Usa protector solar? Si No

Si contestó sí, ¿Qué Factor de protección solar? _____

¿Se broncea en un salón de bronceado? Si No

Si es mujer, ¿Esta usted, o hay una posibilidad de que esté embarazada? Si No

¿Cuándo fue su última menstruación?

¿Está usted dando de lactar? Si No

MEDICACIONES: (Por favor indique todos los medicamentos actuales, incluyendo dosis y frecuencia)

ALERGIAS: (Por Favor indique todas las alergias)

HISTORIA SOCIAL: (Por favor marque todo lo que corresponda)

Fumar cigarrillos:

Nunca ha fumado

Dejado: Antiguo Fumador

Fuma menos que diariamente

Fuma diariamente

ANTECEDENTES FAMILIARES: (Por favor marque todo lo que corresponda)

Melanoma	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Otro
No Melanoma							
Cáncer de piel	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Otro
Diabetes	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Otro
Colesterol Alto	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Otro
Presión Arterial Alta	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Otro

Dr. Angela Azar

Declaración de Responsabilidad Financiera del Paciente

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Las oficinas de la Dra. Angela Azar aprecian la confianza que usted ha mostrado eligiéndonos para proporcionar para asegurar sus necesidades de asistencia médica. El servicio en el que usted ha decidido participar implica una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad le obliga a asegurar el pago integral de nuestros honorarios. Como una cortesía, verificaremos su cobertura y facturaremos a su compañía de seguros de su parte. Sin embargo, usted es en última instancia responsable del pago de su cuenta.

Usted es responsable del pago de cualquier deducible y co-pagos/co-seguro según lo determinado por su contrato con su compañía de seguros. Esperamos estos pagos al recibir el servicio. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable de todos los importes no cubiertos por su aseguradora. Si su compañía de seguros niega cualquier parte de su reclamo, o si usted o su médico eligen continuar más allá de su período aprobado, usted será responsable del saldo en su totalidad.

He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera con la Dra. Angela Azar, para proporcionarme _____ servicios o al paciente antes mencionado. Certifico que la información es, en la medida de mi entender, verdadera y exacta. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar cualquier beneficio directamente a nombre de la práctica, la cantidad total y el monto completo de la cuenta incurrida por mí o por el paciente antes mencionado; o, de ser aplicable cualquier monto adeudado después del pago hecho por mi compañía de seguros.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Garante _____ Fecha _____

(Si el garante no es el paciente)

Política de Co-Pago

Algunas compañías de seguros de salud requieren que el paciente pague un co-pago por los servicios prestados. Se espera y se aprecia que en el momento que el servicio es prestado el pago de los pacientes en CADA VISITA. Gracias por su cooperación en este asunto.

Firma del paciente/Garante _____ Fecha _____