

Physician Group

OF ARIZONA, INC.

Nombre de la clínica: _____

Médico/Prestador consultado en el día de la fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE							
Fecha	Apellido del Paciente		Nombre del Paciente			Segundo nombre del Paciente	
Domicilio permanente			Ciudad		Estado	Código postal	
Domicilio temporario			Ciudad		Estado	Código postal	
Género	Fecha de nacimiento	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a					
N.º de seg. soc.		Ocupación	Empleador			Teléfono particular <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporario	
Domicilio del empleador			Ciudad		Estado	Código postal	
N.º de licencia de conducir		Dirección de correo electrónico			Teléfono comercial		Teléfono celular
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE							
Relación con el paciente		Apellido	Nombre			Teléfono particular	
Domicilio			Ciudad		Estado	Código postal	
N.º de seg. soc.		Ocupación	Empleador			Teléfono comercial	
Domicilio de la compañía			Ciudad		Estado	Código postal	
Nombre del cónyuge (y apellido si es distinto)		Empleador		Teléfono			
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (debe completarse en su totalidad a los fines de su verificación) Tilde aquí si NO tiene seguro <input type="checkbox"/>							
Principal compañía de seguros	Importe de copago	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Relación del paciente con el asegurado			
				Es él/ella	Cónyuge	Hijo/a	Otra
Domicilio de la compañía de seguros			Fecha de entrada en vigencia	Teléfono			
Grupo o N.º póliza			N.º de Medicare	N.º de Medicaid			
Segunda compañía de seguros	Importe de copago	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Relación del paciente con el asegurado			
				Es él/ella	Cónyuge	Hijo/a	Otra
Domicilio de la compañía de seguros			Fecha de entrada en vigencia	Teléfono			
INFORMACIÓN SOBRE LESIONES (debe completarse en su totalidad)							
¿Razón de la consulta?		¿Por qué tipo de lesión le estamos viendo a usted? (indique derecha o izquierda, si corresponde)					
Se trató de un/ una: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Lesión		Fecha del accidente o de la lesión	Lugar del accidente o de la lesión: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otra: _____				
Nombre de la escuela		Deporte/actividad	¿De qué manera sufrió la lesión?				
¿Se relaciona con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, ¿quién es la compañía de seguros industrial de su compañía?					
Nombre y dirección del lugar de la lesión							
Nombre y dirección del médico que lo remitió						Teléfono (requerido)	
Información para contacto de emergencia (nombre completo, relación con el paciente)						Teléfono (requerido)	

Declaro que las respuestas y enunciados que anteceden son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. Por el presente, ratifico que he leído por completo el anverso y el reverso de esta sección, y estoy de acuerdo con la totalidad de sus términos.

Fecha

X _____
Firma de la Parte Responsable/Paciente

PACIENTES NUEVOS: Por favor, indiquen cómo escucharon de nosotros.

☐ Diario ☐ Radio ☐ TV ☐ Páginas amarillas ☐ Correo ☐ Internet ☐ Médico ☐ Amigo ☐ Otro: _____

ARIZONA ASSOCIATES FOR WOMEN'S HEALTH

HISTORIAL MEDICO

Fécha _____

Nombre _____ Edad _____ Fécha de nacimiento: _____

Motivo de su visita de hoy

HISTORIA MENSTRUAL

Fécha de su último periodo _____ Cuántos día dura su periodo? _____

Tiene sangrado entre periodos? _____ Cuántos días dura el sangrado? _____

Tiene dolor durante su periodo? _____

Si su problema es ausencia o periodos irregulares, describa el problema en las siguientes líneas:

PAPANICOLAOU

Fécha de su último papanicolaou: _____ Normal _____ Anormal _____

Ha tenido algún papanicolaou anormal? _____

HISTORIAL OBSTETRICO

Embarazos _____ Terminaciones _____ Aborto espontaneo _____ # de hijos _____

Fécha de nacimiento _____ Meses de embarazo _____ Complicaciones _____ Peso de nacimiento _____ Otras complicaciones _____

HISTORIAL GINECOLOGICO

Ha tenido alguna cirugía pélvica? Si _____ No _____ (Si la respuesta fue si, favor de proveer información en las líneas de comentarios).

Alguna vez ha sido diagnosticado con gonorrea, sífilis, clamidia o herpes? Si _____ No _____

Ha tenido algún flujo vaginal o infección vaginal? Si _____ No _____

Alguna vez ha tenido sangrado durante el acto sexual? Si _____ No _____

Há tenido alguna infección en los trompas de falopio? Si _____ No _____

Comentatios:

MAMOGRAFIAS

Há tenido algún estudio de mamograma? Si _____ No _____ Fécha del mamograma: _____

Resultado normal _____ Anormal _____

Comentarios: _____

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Método presente: _____ Método anterior: _____

INFORMACION GENERAL MEDICA:

Enfermedades de la infancia? Si ____ No ____ Si, por favor liste: _____

Enfermedades en edad adulta? Si ____ No ____ Si, por favor liste: _____

Cirugías (otras que no sean del área pélvica) Si ____ No ____ Si, por favor liste cirugías: _____

Alérgia a medicamentos? Si ____ No ____ Si, a cuál(es) medicamento(s): _____

Medicamentos que este tomando en el momento: _____

Toma vitaminas? (cuántas y que tipo de vitaminas) _____

Fuma cigarrillos? Si ____ No ____ Si, cantidad _____ Desde hace que tiempo? _____

Toma bebidas alcohólicas? Si ____ No ____ Si, cantidad? _____

Toma café ó té? Si ____ No ____ Si, que cantidad por semana ó día? _____

Ha tenido cambios de peso (aumento o disminución) en un año? Si ____ No ____ Si, Cuanto? _____

TIENE ALGUN PROBLEMA O ANORMALIDAD CON LOS SIGUIENTES:

Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta (dolor de cabeza, vision borrosa, convulsiones, etc)? Si ____ No ____

Respiración (tosecon frecuencia, dificultad al respirar, tuberculosis, etc.)? Si ____ No ____

Presión alta o baja? Si ____ No ____

Problemas del corazón, soplo en el corazón, dolor en el pecho? Si ____ No ____

Flujo en los pezones (sangre, agua, ó leche), dolor en los pechos ó protuberancias? Si ____ No ____

Náuseas, vómito, ictericia, excremento con sangre, diarrea? Si ____ No ____

Infecciones en el hígado ó riñones, piedras, sangre en la orina? Si ____ No ____

Diabetes? Si ____ No ____

Artritis, dolor en los huesos ó articulaciones? Si ____ No ____

Problemas con la piel, incluyendo crecimiento de pelo en exceso, pérdida de cabello, cambio de color en la piel, acné? Si ____ No ____

“Problemas nerviosos” (depresión, intento de suicidio, ansiedad ó consultas psiquiátricas) Si ____ No ____

Si contesto “Si” a alguna de éstas preguntas, por favor especifique:

HISTORIAL MEDICO

Edad ó edad de fallecimiento Enfermedad ó causa de muerte

Madre _____

Padre _____

Hermanas _____

Hermanos _____

Hay historial de cáncer de mama en su familia? Si ____ No ____

Physician Group

OF ARIZONA, INC.

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	N.º de historia clínica:
---	-----------------------------------	--------------------------

O bien como Paciente o como representante legalmente autorizado del Paciente, en nombre del Paciente que recibe atención en este Establecimiento de Physician Group of Arizona, Inc., (PGA), manifiesto los siguientes consentimientos, entendimientos y acuerdos en mi nombre y en representación del Paciente en consideración parcial de los servicios de atención médica a prestarse al Paciente en el Establecimiento PGA, con inclusión de IASIS Healthcare y sus afiliadas.

Consentimiento por los servicios: Por el presente doy mi consentimiento al Establecimiento, sus contratistas y empleados para brindar servicios de atención médica al Paciente y administrar órdenes médicas en beneficio del Paciente por esta consulta y cualquier otra consulta subsiguiente. Comprendo que este consentimiento puede revocarse por escrito en cualquier momento. Comprendo que existe el riesgo de daño sustancial y serio involucrado en dichos servicios médicos, y acepto cualquier riesgo con la esperanza de obtener resultados beneficiosos a partir de dichos servicios. No se ha prometido ningún desenlace en particular ni ningún resultado de éxito. Comprendo y acepto que existe cierta incertidumbre relacionada con los servicios de atención médica por los cuales se da este consentimiento. Comprendo que los médicos son responsables de manera independiente de explicar qué hacen y, en algunos casos, de obtener consentimientos por separado por los servicios que prestan.

Cesión de beneficios: Cualquier y todo beneficio de las compañías de seguros u otro tercero responsable del pago que son pagaderos al Paciente o en representación del Paciente por los servicios de atención médica y los pagos afines por los servicios prestados o proporcionados al Paciente por el presente se transfieren y ceden al Establecimiento con el fin exclusivo de pagar los costos relacionados con los servicios de atención médica prestados al Paciente en el Establecimiento. Comprendo y mi intención es que todas las compañías de seguros y otros terceros responsables del pago abonarán los beneficios directamente al Establecimiento en pago de los costos del Establecimiento y los costos de cualquier otro prestador de atención médica por quienes el Establecimiento está autorizado a facturar con relación a los servicios de atención médica prestados al Paciente.

Responsabilidad financiera: El Paciente y el que suscribe, si fuera distinto del Paciente, cada uno en forma solidaria y mancomunada acuerda abonar todos los servicios de atención médica prestados al Paciente en el Establecimiento con inclusión, y sin limitaciones, de cualquier importe no abonado por cualquier compañía de seguros o cualquier tercero responsable del pago (con exclusión de los descuentos contractuales). El Paciente y el que suscribe, si fuera distinto del Paciente, continúan siendo responsables de todos los copagos, deducibles, coseguros y/o servicios no cubiertos independientemente del importe abonado por el seguro o por el tercero responsable del pago. Comprendo y acuerdo que cualquier importe no abonado dentro de los 30 días de la fecha de la factura o el resumen de pago del Establecimiento devengará intereses a una tasa del 1,5 % mensual (18% anual) sobre el saldo pendiente. En caso de derivarse cualquier saldo pendiente de pago a una agencia de cobro o a un abogado de cobranzas, el Paciente y el que suscribe, si fuera distinto del Paciente, solidaria y mancomunadamente acuerdan pagar un cargo de cobro del 20%, todos los costos y cargos de abogados, según sean razonables, con relación al proceso de cobro. Puede cobrarse un cargo de servicio con relación a cualquier cheque u otro instrumento ofrecido por el Paciente o el que suscribe pero que fuera devuelto sin pagar al Establecimiento. Los Pacientes que se presenten para realizar un pago voluntario recibirán un descuento sobre servicios específicos cuando los servicios se paguen por completo el día de la consulta.

Certificación Medicare/Medicaid/Tricare del Paciente: Certifico que la información que he suministrado con respecto al pago conforme a los títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguridad Social o con relación a cualquier otro programa gubernamental es correcta. Autorizo a cualquier persona que disponga de información médica o de otro tipo sobre mí a facilitar a la Administración de Seguridad Social, otros intermediarios o aseguradores o el Estado, cualquier información necesaria para procesar un reclamo por este o cualquier otro servicio relacionado. Solicito que se realice el pago de costos autorizados en mi nombre directamente al Establecimiento por sus costos y por cualquier otro costo de médicos u otros prestadores por quienes el Establecimiento está autorizado a facturar con relación a su servicio.

Divulgación de información: Se requiere por ley al Establecimiento que confeccione y lleve registros del tratamiento médico del Paciente. El Establecimiento salvaguarda dichos registros y utiliza y divulga dichos registros y la información que contienen solo de acuerdo con las leyes de privacidad estatales y federales. Dichos usos y divulgaciones se describen en detalle en el Aviso sobre las prácticas relativas a la privacidad del Establecimiento, que podrán modificarse periódicamente. Comprendo que o bien el Paciente o bien el que suscribe podrán solicitar ver una copia del aviso actual en cualquier momento.

Se aplica lo siguiente si constan las iniciales al final del presente párrafo: Debido a las firmes creencias religiosas del Paciente, este consentimiento no comprende el consentimiento para la administración de sangre u otros productos sanguíneos, a menos que el Paciente posteriormente acuerde lo contrario. El Paciente comprende que esta limitación puede causar que algunos prestadores de atención médica se nieguen a brindar atención y es posible que, según la opinión de algunos prestadores, ello afecte de manera adversa el resultado de la atención.

FECHA: _____ INICIALES: _____

El que suscribe firma el presente documento o bien como Paciente o como apoderado o representante del Paciente autorizado a otorgar este documento, y a aceptar y acordar con sus términos en representación del Paciente. He leído lo que antecede y he tenido la oportunidad de formular preguntas al respecto. Dichas preguntas se han respondido de manera satisfactoria y hago constar mi entendimiento al firmar a continuación. Comprendo que tengo derecho a solicitar y a obtener una copia de este documento, así como también una copia de mis derechos de facturación, de acuerdo con la Ley de Facturación y Crédito Justos. Este documento quedará en vigencia a menos que se revoque por escrito.

FECHA: _____	FIRMA: _____
TESTIGO DE LA FIRMA: _____	RELACIÓN, SI ES DISTINTO DEL PACIENTE: _____
POR EL PRESENTE RATIFICO QUE HE RECIBIDO O SE ME HA OFRECIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICA RELATIVA A LA PRIVACIDAD DE PGA.	
FECHA: _____	INICIALES: _____
SOLO PARA USO DEL PERSONAL: SI NO ES POSIBLE OBTENER UNA CONSTANCIA DEL AVISO DE PRÁCTICA RELATIVA A LA PRIVACIDAD, UN MIEMBRO DEL PERSONAL DE PGA DEBE INGRESAR UNA RAZÓN DOCUMENTADA A CONTINUACIÓN DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE PGA:	

Physician Group

OF ARIZONA, INC.

Az Associates for Women's Health

Stephen Frausto, MD

Manisha Purohit, MD

Brigett Warner, WHNP-BC

Cynthia Cabello, WHNP-BC

FARMACIA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Farmacia: _____

Número de tel de la farmacia: _____

☐

Localizada entre calles : _____

☐

Código Postal: _____

Physician Group OF ARIZONA, INC.

El Departamento de Salud de Arizona da licencia a esta oficina.

Como exige la norma, requisitos y otros estatutos de Departamento de Salud de Arizona, esta oficina le ha proporcionado una copia de los Derechos del Paciente. Con su firma, usted reconoce haber recibido sus Derechos como Paciente.

Por mi peticion, he leído la copia laminada de los Derechos de Paciente en la oficina y no requiero copia para uso personal. _____

Por mi peticion, he recibido una copia de los Derechos del Paciente para uso personal. _____

Nombre completo: _____

Relacion al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha y hora de recibido: _____