

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE   |                                 |   |   |  |   |                                       |               |                                   |      |
|--|---------------------------------|---|---|--|---|---------------------------------------|---------------|-----------------------------------|------|
| Fecha  |                                 | Apellido del paciente   |   | Nombre del paciente  |   |                                       |               | Segundo nombre del paciente       |      |
| Dirección principal  |                                 |   |   | Ciudad   |   | Estado                                | Código postal |                                   |      |
| Dirección alternativa  |                                 |   |   | Ciudad   |   | Estado                                | Código postal |                                   |      |
| Sexo   | Fec. Nac.:                      | Estado civil:   | <input type="checkbox"/> Casado/a   | <input type="checkbox"/> Soltero/a   | <input type="checkbox"/> Separado/a   | Raza                                  | Grupo étnico  | Número de teléfono de preferencia |      |
|  |                                 |   | <input type="checkbox"/> Viudo/a  | <input type="checkbox"/> Divorciado/a  |   |                                       |               |                                   |      |
| N.º del Seguro Social  |                                 | Ocupación   |   |  | Empleador   |                                       |               |                                   |      |
| Dirección del empleador  |                                 |   |   | Ciudad   |   | Estado                                | Código postal |                                   |      |
| N.º de licencia de conducir  |                                 | ¿Cómo se enteró de la existencia de nuestro consultorio? <input type="checkbox"/> Feria de salud <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Anuncio impreso (Periódico) <input type="checkbox"/> Programación en línea <input type="checkbox"/> Correo directo <input type="checkbox"/> Derivación del médico <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro: _____ |   |  |   |                                       |               |                                   |      |
| INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE  |                                 |   |   |  |   |                                       |               |                                   |      |
| Vínculo con el paciente  |                                 | Apellido  |   |  | Nombre  |                                       |               | Número de teléfono de preferencia |      |
| Dirección  |                                 |   |   | Ciudad   |   | Estado                                | Código postal |                                   |      |
| N.º del Seguro Social  |                                 | Ocupación   |   |  | Empleador   |                                       |               | Teléfono del empleador            |      |
| Dirección de la compañía   |                                 |   |   | Ciudad   |   | Estado                                | Código postal |                                   |      |
| Dirección de correo electrónico  |                                 |   |   | ¿Nos permite que le enviemos boletines electrónicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                                       |               |                                   |      |
| INFORMACIÓN DEL SEGURO (Debe completarse en su totalidad con fines de verificación)      |                                 |   |   |  | Haga clic aquí si NO tiene seguro <input type="checkbox"/>  |                                       |               |                                   |      |
| Compañía de seguros principal  |                                 | Monto del copago  | Nombre del asegurado  |  | Fecha de nacimiento del asegurado   | Vínculo del paciente con el asegurado |               |                                   |      |
|  |                                 |   |   |  |   | Titular                               | Cónyuge       | Niños                             | Otro |
| Dirección de la compañía de seguros  |                                 |   |   |  | Fecha de entrada en vigencia  | Teléfono                              |               |                                   |      |
| N.º de grupo o póliza  |                                 |   | N.º de Medicare   |  | N.º de Medicaid   |                                       |               |                                   |      |
| Compañía de seguros secundaria   |                                 | Monto del copago  | Nombre del asegurado  |  | Fecha de nacimiento del asegurado   | Vínculo del paciente con el asegurado |               |                                   |      |
|  |                                 |   |   |  |   | Titular                               | Cónyuge       | Niños                             | Otro |
| Dirección de la compañía de seguros  |                                 |   |   |  | Fecha de entrada en vigencia  | Teléfono                              |               |                                   |      |
| INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN (Debe completarse en su totalidad)                           |                                 |   |   |  |   |                                       |               |                                   |      |
| Motivo de la consulta  |                                 |   | Tipo de lesión por la que consulta (indicar derecha o izquierda, según corresponda) |  |   |                                       |               |                                   |      |
| Se trató de:   |                                 | Fecha de accidente o lesión   |   |  | Lugar de accidente o lesión:  |                                       |               |                                   |      |
| <input type="checkbox"/> Accidente   | <input type="checkbox"/> Lesión |   |   |  | <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela Otro: _____ |                                       |               |                                   |      |
| Nombre de la institución   |                                 | Deporte/actividad   |   |  | ¿Cómo fue la lesión?  |                                       |               |                                   |      |
| ¿Está relacionada con su empleo?   |                                 | En ese caso, ¿cuál es la compañía de seguros de su empresa?   |   |  |   |                                       |               |                                   |      |
| <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No     |   |   |  |   |                                       |               |                                   |      |
| Nombre y dirección del lugar de la lesión  |                                 |   |   |  |   |                                       |               |                                   |      |
| Nombre y dirección del médico que lo derivó  |                                 |   |   |  |   | Teléfono (obligatorio)                |               |                                   |      |
| Información de contacto en caso de emergencia (nombre completo, vínculo con el paciente) |                                 |   |   |  |   | Teléfono (obligatorio)                |               |                                   |      |

Declaro que las respuestas y declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Por el presente reconozco haber leído la sección completa, anverso y reverso, y me comprometo a cumplir con todos sus términos.

\_\_\_\_\_  
Fecha

x \_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable/Paciente

**Autorización para comunicaciones telefónicas, electrónicas o por teléfono celular:**

Autorizo a Physician Group of Arizona y a todos los terceros proveedores y médicos que me brindan servicios de atención médica, junto con sus agentes de facturación y cobranza, a ponerse en contacto conmigo por teléfono celular o teléfono fijo, incluso a través del uso de mensajes pregrabados, mensajes de voz sintetizada, servicios de discado telefónico automático u otra tecnología asistida por computadora o correo electrónico, mensaje de texto u otra forma de comunicación electrónica, a los fines relacionados con el pago de los servicios o para un aviso de atención médica.

Autorizo  
 Rechazo

x \_\_\_\_\_  
Inicial

**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 há tenido sangrado durante el acto sexual? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

**Comentarios:**

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

**MAMOGRAFIAS**

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

Resultado normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_

**Comentarios:**

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

**METODOS ANTICONCEPTIVOS**

Método presente: \_\_\_\_\_ Método anterior: \_\_\_\_\_

# Physician Group OF ARIZONA, INC.

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

Como Paciente o representante legalmente autorizado del Paciente, en nombre del Paciente que recibe atención en este Centro de Physician Group of Arizona, Inc., (PGA), otorgo los siguientes consentimientos, declaraciones y acuerdos en nombre propio y en nombre del Paciente en consideración parcial de los servicios de atención médica que se prestarán al Paciente en el Centro de PGA, incluida IASIS Healthcare y sus afiliadas.

**Consentimiento para los servicios:** Por el presente presto mi consentimiento para que el Centro, sus contratistas, médicos y empleados presten servicios de atención médica al Paciente y administren las órdenes médicas en beneficio del Paciente, tanto para esta consulta como para las consultas posteriores. Entiendo que este consentimiento puede revocarse por escrito en cualquier momento. Entiendo que existe un riesgo de daño grave y sustancial en dichos servicios de atención médica, y acepto dicho riesgo a la espera de obtener resultados beneficiosos de dichos servicios. No se han efectuado promesas de ningún tipo respecto de un resultado en particular o resultado exitoso. Entiendo y acepto que existe cierta incertidumbre en los servicios de atención médica para los cuales presto mi consentimiento. Entiendo que los médicos son individualmente responsables de explicar lo que hacen y, en algunos casos, de obtener los respectivos consentimientos para los servicios que prestan.

**Cesión de beneficios:** Todos los beneficios de las compañías de seguro y otros terceros pagadores que deban pagarse al Paciente o en nombre del Paciente por servicios de atención médica y pagos relacionados con los servicios prestados al Paciente por el presente se transfieren y ceden al Centro con el único propósito de pagar los cargos asociados a los servicios de atención médica prestados al Paciente en el Centro. Entiendo que todas las compañías de seguros y demás terceros pagadores pagarán los beneficios directamente al Centro para cancelar el pago de los cargos del Centro y los cargos de otros proveedores de atención médica a quienes el Centro esté autorizado a facturarles en relación con los servicios de atención médica proporcionados al Paciente.

**Responsabilidad financiera:** El Paciente y el que suscribe, en caso de no ser el Paciente, se comprometen mancomunada y solidariamente a pagar por todos los servicios de atención médica prestados al Paciente en el Centro, entre otros, los montos que no paguen las compañías de seguro u otros terceros pagadores (excepto descuentos por contrato). El Paciente y el que suscribe, en caso de no ser el Paciente, siguen siendo responsables de todos los copagos, deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos, independientemente del monto que pague el seguro o el tercero pagador. Entiendo que los montos que no se paguen en el plazo de 30 días contados desde la fecha de facturación o requerimiento de pago del Centro devengarán un interés a la tasa de 1.5 % por mes (18 % por año) sobre el saldo impago. En caso de que el cobro del saldo impago se deje en manos de una agencia de cobranzas o de un abogado, el Paciente y el que suscribe, en caso de no ser el Paciente, se comprometen mancomunada y solidariamente a pagar una comisión de cobro del 20 %, todos los costos y los honorarios razonables de los abogados relacionados con el proceso de cobranza. Es posible que se cobre un cargo por servicio en relación con los cheques u otros instrumentos que emita el Paciente o el que suscribe que regresen impagos al Centro. Los Pacientes que paguen ellos mismos recibirán un descuento sobre los servicios especificados cuando los servicios se paguen en su totalidad el día de la consulta.

**Certificación del Paciente de Medicare/Medicaid/Tricare:** Certifico que la información que he proporcionado al solicitarse el pago conforme a los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social o en relación con cualquier otro programa gubernamental es correcta. Autorizo al tenedor de información médica u otro tipo de información que me pertenezca a revelar ante la Administración del Seguro Social, otros intermediarios o proveedores o ante el Estado, la información necesaria para procesar un reclamo para este servicio o cualquier servicio relacionado. Solicito que el pago de los cargos autorizados se realice en mi nombre directamente al Centro, tanto en lo que respecta a sus cargos como a los cargos de los médicos u otros proveedores a quienes el Centro está autorizado a facturarles en relación con sus servicios.

**Divulgación de información:** El Centro está obligado por ley a crear y mantener registros de los tratamientos médicos del Paciente. El Centro salvaguarda esos registros, además de utilizar y divulgar dichos registros y la información que ellos contienen únicamente conforme a lo establecido por las leyes de privacidad estatales y federales. Dichos usos y divulgaciones se describen en detalle en el Aviso de prácticas de privacidad del Centro, con sus oportunas modificaciones. Entiendo que tanto el Paciente como yo podemos solicitar ver una copia del aviso vigente en cualquier momento.

Lo siguiente se aplica si se consignan las iniciales al final de este párrafo: Dadas las fuertes creencias religiosas del Paciente, el presente consentimiento no incluye el consentimiento para administrar sangre u otros productos sanguíneos, a menos que el Paciente acuerde lo contrario. El Paciente entiende que esta limitación puede hacer que algunos proveedores de atención médica se rehúsen a proporcionar atención y puede, en opinión de algunos proveedores, afectar negativamente el resultado del cuidado brindado.

FECHA: \_\_\_\_\_

INICIALES: \_\_\_\_\_

El que suscribe firma el presente documento ya sea como Paciente o como agente o representante del Paciente autorizado para otorgar este documento y para aceptar y someterse a sus términos en nombre del Paciente. He leído lo anterior y tenido la oportunidad de realizar preguntas. Dichas preguntas se respondieron a mi satisfacción y, por ende, firmo a continuación. Entiendo que tengo derecho a solicitar y obtener una copia de este documento, así como también una copia de mis derechos de facturación conforme a la Ley de Facturación y Crédito Justos. El presente documento seguirá vigente a menos que se lo revoque por escrito.

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| FECHA: _____   | FIRMA: _____                        |
| TESTIGO DE LA FIRMA: _____   | VÍNCULO SI NO ES EL PACIENTE: _____ |
| POR EL PRESENTE RECONOZCO QUE HE RECIBIDO O ME HAN OFRECIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PGA.   |                                     |
| FECHA: _____   | INICIALES: _____                    |
| SOLO PARA USO DEL PERSONAL: EN CASO DE NO PODER OBTENER EL RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, EL MIEMBRO DEL PERSONAL DE PGA DEBE INGRESAR A CONTINUACIÓN UN MOTIVO DOCUMENTADO CONFORME A LA POLÍTICA DE PGA: |                                     |

**Physician Group of Arizona**  
**AZ Associates for Women's Health**

**FARMACIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Número de tel de la farmacia: \_\_\_\_\_

Localizada entre calles : \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_

Presion 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 \_\_\_\_

Nauseas, vomito, 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 bello en excés, pérdida de cabello, cambio de color en la piel, acné? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

“Problemas nerviosos” (depresión, atento 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.

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 petición, he leído la copia laminada de los Derechos de Paciente en la oficina y no requiero copia para uso personal. \_\_\_\_\_

Por mi petición, he recibido una copia de los Derechos del Paciente para uso personal. \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de recibido: \_\_\_\_\_