

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

HISTORIA MEDICA DE OBSTÉTRICA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Completar el Formulario _____

NOTAS DE EL MEDICO

HISTORIA PERSONAL DE LA SALUD

1. ¿Tiene alergia a alguna medicina? Sí No

Si es sí, Favor de hacer una lista: _____

2. Por favor marque cualquier condición que usted tiene o halla tenido en el pasado:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión de Sangre | <input type="checkbox"/> Desorden de Sangramiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Infecciones de la Vejiga o Riñón |
| <input type="checkbox"/> Artritis o Lupus | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Estreptococo Grupo B | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH (Virus del Sida) |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Intestinal | <input type="checkbox"/> Herpes | |
| <input type="checkbox"/> Desorden Emocional | | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | |

Describe si es necesario: _____

3. Favor de indicar cualquier operación o cirugía que ha tenido: _____

4. Por favor describa cualquier problema de salud o síntoma que usted tiene en este momento: _____

EXPOSICIONES AFECTANDO LA SALUD:

1. ¿Usa tabaco? Sí No Si es sí, ¿Cuanto por día? _____

2. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Si es sí, ¿Con que frecuencia? _____

¿Que tipo de bebida(s)? _____

3. Por favor liste cualquier medicina tomada desde su ultimo período, incluyendo medicina disponible sin receta: _____

4. ¿Ha recibido vacuna contra la influenza (gripe)? Sí No Si es sí, Cuando? _____

5. Por favor liste cualquier droga usada en el pasado (por ejemplo: cocaína, marihuana, metanfetamina, etc.): _____

Fecha de ultimo uso de drogas: _____

6. ¿Tiene usted historia de transfusion de sangre, uso de drogas intravenoso, múltiples compañeros sexuales o exposición a un hombre homosexual o bisexual, exposición a un usuario de drogas intravenoso, o tiene cualquier otra razón para creer que fue expuesto a el SIDA? _____

7. ¿Trabaja usted con químicos o radiación (por ejemplo: rayos-x)? Sí No

8. ¿Está usted en una dieta especial? Sí No Si es sí, por favor describa: _____

9. ¿Tiene usted gatos? Sí No

HISTORIA GINECOLÓGICA DE SALUD

1. ¿Cuándo fue su último ciclo menstrual (periodo)? _____

2. ¿Cuándo fue su última prueba de papanicolaou? _____

¿Ha tenido un papanicolaou anormal? Sí No

Si es sí ¿Cuándo? _____ ¿Cual fue el diagnostico? _____

¿Qué se hizo al respecto? _____

3. ¿Ha tenido usted alguna vez gonorrea, clamidia, o enfermedad inflamatoria pelvica? Sí No

Si es sí, ¿Cuándo y donde recibió tratamiento? _____

4. ¿Ha tenido Herpes? Sí No

5. ¿Ha recibido la vacuna del Virus Humano Papiloma? Sí No

6. ¿Usa usted anticonceptivos? Sí No Si es sí, ¿Qué tipo? _____

7. ¿Ha tenido infecciones de la vejiga o riñón? Sí No

Si es sí, ¿Que se hizo al respecto? _____

8. ¿Tiene usted historia de infertilidad? Sí No Si es sí, por favor describa cuándo y el tratamiento que recibió. _____

Firma del Paciente _____

Nombre en letra de Imprenta _____

Fecha _____

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:	

Nombre del Paciente: _____ **ALERGIAS** _____

NOTAS DE EL MEDICO

9. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene en relacion a su historia de salud:

10. ¿Tiene usted alguna objeción religiosa u otras objeciones para cualquier forma de tratamiento médico que a usted le gustaría hacernos saber (por ejemplo: negar una transfusión de sangre)?

11. ¿Tiene usted alguna necesidad especial para:

Oír: Sí No Visión: Sí No Lenguaje: Sí No

HISTORIA DE FAMILIA Y GENÉTICA

1. ¿Ha tenido ya sea usted o el padre del bebe un niño con un defecto de nacimiento? .. Sí No

Si es sí, por favor describa: _____

2. ¿Tienen ya sea usted o el padre del bebe un defecto de nacimiento? Sí No

Si es sí, por favor describa: _____

3. Favor de describir cualquier anomalía que ha ocurrido en niños de su familia o en la familia de el padre del bebe: (por ejemplo, retardación mental, defectos de nacimiento, deformidades, o enfermedades heredadas como hemofilia, distrofia muscular, o fibrosis cística).

¿Qué parentesco tiene con usted el niño(a) o persona afectada? _____

4. ¿Tiene usted o el padre de el bebe historial de pérdidas de embarazos (abortos o nacido muerto)?

..... Sí No

Si es sí, ¿Han tenido ustedes consejería genética? Sí No

Si es sí, ¿Han tenido cualquiera de ustedes estudios de cromosoma? Sí No

Donde y resultados: _____

5. Algunos problemas genéticos ocurren más en parejas de ciertos antecedentes raciales o ancestrales. Por favor marque si ya sea usted o el padre de el bebe tiene alguno de estos antecedentes:

¿Ascendencia Judia? Sí No Si es sí, ¿Ha tenido usted un estudio de Tay-Sachs? Sí No

Fecha: _____ Resultado _____

¿Afro-Americano? Sí No Si es sí, ¿Ha tenido usted estudios de Célula de Hoz? Sí No

Fecha: _____ Resultado _____

6. Por favor indique si alguien en su familia o en la familia del padre de el bebe tiene:

Diabetes Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Desorden de Sangramiento Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Alta Presión de Sangre Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Cancer Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Hepatitis Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

VIH Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Embarazo de gestación de gemelos/embarazo de gestación Múltiple Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

7. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene sobre defectos de nacimiento o los desórdenes heredados.

8. ¿Tendrá usted 35 años o más cuando nazca el bebe?..... Sí No

9. ¿Tendrá el padre 50 años o más?..... Sí No

Firma del Paciente

Nombre en letra de Imprenta

Fecha

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: _____

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: _____