

Formulario De Registro De Paciente



<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>	<b>Información Del Paciente</b>			Time In:
	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
	Dirección Postal:	Ciudad	Estado	Código postal
	Seguro Social #:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	
	Correo Electronico:	Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> correo electrónico	¿Podemos dejar un mensaje con respecto a su atención médica y los resultados de las pruebas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Farmacia de preferencia:</b>	Dirección/Número de teléfono	Idioma Preferida: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español		
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	<b>Contacto De Emergencia:</b>			
	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Relación:
	Dirección:	Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono:			
<b>INFORMACION DE SEGUROS/EMPLEADOR</b>	<b>Información de seguros/empleador</b>			
	Empleador o Gardian:			Teléfono:
	Dirección:	Ciudad	Estado	Código Postal
	<i>* Por lesiones relacionadas con el trabajo solo:</i>			
	* Duración del empleo:	* Título profesional:	* Fecha de la lesión:	
	<b>Información Primaria Del Seguro</b>		<b>Información Secundaria Del Seguro</b>	
	Seguro:		Seguro:	
	Dirección:		Dirección:	
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Ciudad:
	Nombre del Asegurado:		Nombre del Asegurado:	
Teléfono:		Teléfono:		
Seguro Social del Asegurado:	Fecha De Nacimiento Del Asegurado:	Seguro Social del Asegurado:	Fecha De Nacimiento Del Asegurado:	
Número Del Asegurado:	Número De Grupo:	Número Del Asegurado:	Número De Grupo:	
Relación Al Asegurado:	Empleador Del Suscriptor:	Relación Al Asegurado:	Empleador Del Suscriptor:	
Co-Pago:	Deducible:			

POR FAVOR VEA EL REVERSO

**FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN LAS SIGUIENTES DECLARACIONES**

Se entiende que esta autorización para tratamiento y / o pruebas médicas se otorga por adelantado para cualquier diagnóstico específico, tratamiento de atención de emergencia o pruebas que puedan ser requeridos por el proveedor en el ejercicio de su mejor juicio médico.

Entiendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios específicos de mi cobertura de seguro. La cobertura del seguro es un acuerdo entre mi compañía de seguros y yo. Por lo tanto, es mi responsabilidad pagar los cargos de los los servicios no cubiertos, incluidos los copagos del co-seguro y los deducibles. Autorizo por este medio el lanzamiento de cualquier información o registro médico pertinente a la compañía de seguros, si se considera necesario para procesar mi reclamo médico.

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de **Pinnacle HealthCare**. Además, reconozco que una copia del aviso de Prácticas de privacidad actual se publica en el área de recepción y que se me ofrecerá una copia de cualquier aviso modificado de Prácticas de privacidad en cada cita.

**ACUERDO FINANCIERO: Escriba sus iniciales a continuación antes de iniciar los servicios**

Reconozco que estoy solicitando tratamiento por parte de **Pinnacle Medical Group**, dba **Pinnacle HealthCare**, y que soy responsable de cualquier costo por ese tratamiento, sin importar si tengo o no cobertura de seguro. Estoy de acuerdo en pagar puntualmente a la recepción, cualquier declaración por los servicios prestados.

Además, estoy de acuerdo en que si alguna cantidad permanece pendiente por un período de noventa (90) días, el saldo se considerará atrasado y se puede entregar a una agencia de cobros o a un abogado para su cobranza. Si la cuenta se entrega a una agencia de cobro o a un abogado para su recuperación, acepto que además de los cargos realizados por Pinnacle HealthCare por los servicios médicos, también pagaré un cargo adicional por la agencia de cobros [40% del saldo total] y / o los honorarios y costos razonables de los abogados incurridos al cobrar el saldo atrasado de mi cuenta. Los cheques devueltos o el cargo a la tarjeta de crédito se cobrará una tarifa de servicio de \$35.00.

He leído y entiendo todo el Registro y el Acuerdo Financiero arriba. He tenido la oportunidad de que mis preguntas sean respondidas en su totalidad y mi firma a continuación designa la aceptación total de las políticas, términos y expectativas de los servicios proporcionados por **Pinnacle HealthCare**.

Si no está firmado por el paciente, por favor indique  Padre o tutor del paciente menor

Paciente o parte responsable

**FIRMA:** X \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Paciente o parte responsable

**FIRMA:** X \_\_\_\_\_

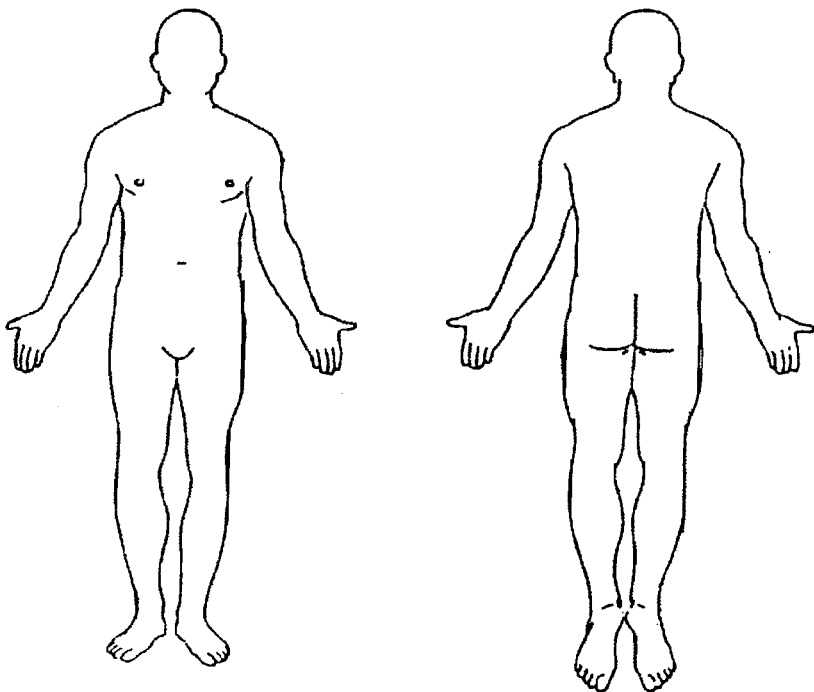
# Información Del Paciente



Nombre: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SU VISITA: \_\_\_\_\_

**MARQUE LA UBICACIÓN DEL DOLOR / LESIÓN EN EL DIAGRAMA**



**Describe su dolor:**

¿Qué hace que su dolor empeore?

¿Qué alivia su dolor?

**ACTUALMENTE** cual es tu nivel de dolor en la siguiente escala? (por favor circule abajo)

(sin dolor)



**0**

No duele



**2**

Duele un poco



**4**

Duele un poco más



**6**

Duele mucho



**8**

Duele mucho más



**10**

Duele el máximo

(dolor extremo)

**Historial de Alergia:**

Anote las alergias conocidas (incluya medicamentos, el medio ambiente, y las alergias alimentarias) y las reacciones si se exponen

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALMENTE**

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS que toma, incluyendo vitaminas, minerales, y hierbas que está tomando actualmente.

NOMBRE DE MEDICAMENTO (ex. Vicodin)	DOSIS (ex. 5mg)	CUÁNTO Y CUÁNDO (ex. 1-2 Pildoras 2 veces al día)	FECHA DE INICIO	CAMBIOS

(POR FAVOR MIRE EL LADO INVERSO)

**HISTORIA QUIRÚRGICA:** Por favor anote todas las cirugías previas y fechas aproximadas realizadas.

**HISTORIA DE INMUNIZACIÓN:**

Actual Vacunas infantiles Si / No Última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_  
Hepatitis A series Si / No Última prueba de tuberculosis \_\_\_\_\_  
Hepatitis B series Si / No

Numero de años: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

Uso de tabacco/fuma:  Corriente  Pasado  Nunca Tipo: \_\_\_\_\_ cuántos al dia/por semana: \_\_\_\_\_  
Alcohol:  Corriente  Pasado  Nunca Bebidas alcohólicas/semana: \_\_\_\_\_  
Drogas Ilicitas:  Curriente  Pasado  Nunca Tipo: \_\_\_\_\_

**Historia Médica:** Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes (en el actualidad o en el pasado)?

- Anemia
- Arthritis
- Asma
- Coágulos de sangre
- Cáncer
- Túnel carpiano
- Bronquitis Cronico
- Enfisema
- Diabetes Tipo II
- Diabetes Tipo I
- Enfermedad de espalda/cuello
- Soplo cardiaco
- Presion alta
- VIH
- Enfermedad Renal
- Enfermedad Hepática
- Artritis Reumatoide
- Infarto
- Convulsiones
- Tuberculosis
- Ulceras de estómago

Ultimo periodo menstrual	Fecha:	Normal Anormal
Colonoscopia	Si / No Fecha:	Normal Anormal
Mammograma	Si / No Fecha:	Normal Anormal
Dexa (Densidad Osea)	Si / No Fecha:	Normal Anormal
Papanicolaou	Si / No Fecha:	Normal Anormal
Actualmente Embarazada	Si / No Fecha:	

**Lista de otros proveedores medicos que vea regularmente (i.e. Cardiólogo, psicólogo, Nefrólogo, Dentista, etc.)**

De acuerdo con me conocimiento, certifico que las respuestas a las anteriores son completas y precisas.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

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

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_