



Minimally Invasive Surgeons of North County

2385 S. Melrose Drive
Vista, CA 92081
760-300-3647

Adam Fierer, M.D. FACS

Karen Hanna, M.D. FACS

Jay R. Grove, M.D. FACS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: (Apellido) _____ (Primero): _____ (Inicial): _____

Dirección: _____ (Ciudad): _____ (Estado/Zip): _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social #: _____ Género: ☐ M ☐ F

Estado: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) **Orgien Étnico:** ☐ Hispano o Latino

Raza: ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Caucásico ☐ Declinar reportar

Primer Idioma: ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____

Médico Primario de Cuidado: _____ ¿Referido por el Doctor?: _____

Empleador del Paciente: _____ Ocupación: _____

Trabaja: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Retirado

¿Es ésta una lesión de Compensación de Trabajadores? ☐ Si ☐ No

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ (Ciudad): _____ (Estado/Zip): _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

1º- INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor darnos su tarjeta de seguro para que podamos hacer una fotocopia.

Nombre del Seguro: _____ ☐ HMO o ☐ PPO

Nombre del Grupo Médico: _____

ID # del Miembro: _____ Número del Grupo: _____

Nombre del suscriptor: (Apellido) _____ (Primero): _____ (Inicial): _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Nro. De Seguro Social del suscriptor: _____

Parentesco con paciente: ☐ Sí mismo ☐ Esposo(a) ☐ Menor de Edad ☐ Otro

2º - ADICIONAL INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Seguro: _____ ☐ HMO o ☐ PPO

Nombre del Grupo Médico: _____

ID # del Miembro: _____ Número del Grupo: _____

Nombre del suscriptor: (Apellido) _____ (Primero): _____ (Inicial): _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Nro. De Seguro Social del suscriptor: _____

Parentesco con paciente: ☐ Sí mismo ☐ Esposo(a) ☐ Menor de Edad ☐ Otro

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el firmante, entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y el pago es debido en el momento de los servicios. MISNC someterá reclamaciones a mi compañía de seguros como una cortesía para mi. Por este medio autorizo a los médicos a dar cualquier información necesaria para procesar el pago de los beneficios y el uso de la firma en todas las sumisiones del seguro.

Escriba su nombre

Firma

Fecha

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan para mi o sea en mi nombre al Dr. _____ por cualquier servicio que me proporcionen por ese médico. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí que compartan con Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar mis beneficios o cualquier servicio relacionado. Yo entiendo que mi firma autoriza que se efectúe el pago y la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si "otro seguro de salud", se indica en el punto 9 del formulario HCFA 1500, o en otro lugar en otros formularios aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia demostrado. En casos asignados por Medicare, el medico o el proveedor se compromete aceptar la determinación del cargo del seguro Medicare y el deducible como en base a la determinación del cargo del portador de Medicare.

Escriba su nombre

Firma

Fecha



Minimally Invasive Surgeons of North County

2385 S. Melrose Drive
Vista, CA 92081
760-300-3647

Adam Fierer, M.D. FACS

Karen Hanna, M.D. FACS

Jay R. Grove, M.D. FACS

Reconocimiento de Notificación de Prácticas de Privacidad

Yo entiendo que, bajo la Transportabilidad de Seguro de Salud y el Acto de la Responsabilidad de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respect a mi información protegida de la salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los multiples proveedores de asistencia.
- Obtener el pago de pagadores de partido terceros.
- Conducir las operaciones normales de salud, tales como las evaluaciones de la calidad y certificaciones de su proveedor médico.

Yo he recibido, leído y entiendo la Notificación de Practicas de Privacidad que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de la salud. Yo entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Notificación de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que yo puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección encima para obtener una copia actual de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar en escritura que usted restring cómo mi información privada es utilizada o es revelada para llevar al tratamiento de cabo, las operaciones del pago o la asistencia médica. Yo entiendo también que usted no es requerido a concordar a mis restricciones solicitadas, pero si usted concuerda entonces usted tiene que respetar tales restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relacion al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Office Use Only

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so documented below:

Date:	Initials:	Reasons:
-------	-----------	----------



Minimally Invasive Surgeons of North County

2385 S. Melrose Drive

Vista, CA 92081

760-300-3647

DECLARACION DE POLITICA FINANCIERA

Es la intención de Minimally Invasive Surgeons of North County (MISNC) es de proporcionar cuidado de calidad quirúrgico y el tratamiento de una manera costo efectivo. Por lo tanto la nota siguiente es necesaria para asegurar que todos los pacientes sean informados de la política financiera de Minimally Invasive Surgeons of North County (MISNC).

Información de Facturación de Seguros

Su póliza de seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguros. MISNC se somete reclamos a compañías de seguros como una cortesía a usted. Es la responsabilidad del paciente de proporcionar información actual de seguro a la práctica. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en lleno dentro de sesenta (60) días, el pago del saldo es debido al recibir la factura. Si necesita ayuda o para hablar sobre los arreglos de pago, por favor llame al Biling Department al 760-300-3647.

Las Políticas Generales del Pago

- El pago total o la información exacta sobre el seguro es debido en el momento del servicio.
- Co-pagos, Co-seguros y deducible son debidos al tiempo de servicio. Un cargo de \$10.00 de procesamiento sera agredgado a su bill, si es necesario mandar le un bill.
- Nostros aceptamos dinero efectivo, MasterCard, Visa, American Express y Discover Card.
- MISNC no acepta cheques personales o money orders.
- Todos los reclamos serán sometido a las compañías contratadas bajo el nombre de Minimally Invasive Surgeons of North County.
- Pacientes deben presentar su actual tarjeta de seguro en cada visita.
- El pago se espera de las facturas a la recepción de nuestra declaración. Las cuentas llegan a ser delincuentes despues de treinta (30) dias a menos que arreglos alternativos hayan sido hechos anteriormente por el Biling Deparment. MISNC cargara 1.5% de interes por mes en saldos pendientes de pago.
- Cuentas delincuentes son susceptibles a la agencia de la colección.
- Hay un cargo por adelantado de \$25.00 para Incapacitados del Estado o formas de Family Leave debidas antes de la terminación.
- Todos los reports medicos y/o tarifas de formulario deben ser pagados por el paciente antes de la finalización.
- Reporte y Forma cargos: 1 página = \$15.00, 2-4 páginas = \$20.00, 5+ páginas = \$25.00.
- Habrá un cargo de \$25.00 sino viene a su cita.
- Habrá un cargo de \$150.00 sin cancela su sirugia en menos de 3 dias.

Normales y Razonables Tarifas

MISNC se compormete a proporcionar el mayor tratamiento para nuestros pacientes, y nosotros cargamos lo que es usual y de costumbre para nuestra área.

Las Políticas de pago con contratados Seguros de Salud

Todos los pacientes deben pagar cualquier co-pago requeridos en el momento de los servicios. Para servicios médicos cubiertos por su contrato, ningun pago adicional es requerido.

El Medicare

MISNC acepta asignación de Medicare. Todos los pacientes sin un seguro secundario serán responsables para pagar el saldo después de pago de Medicare. Los pacientes son requeridos a firma una Nota Anticipada de Beneficiario (ABN) para todos articulos que no están cubiertos.

Medi-Cal

MISNC no acepta asignación Medi-Cal durante este tiempo.

Menores de edad – Acompañados y no Acompañados

El adulto que acompañe a un menor de edad (padres, guardianes, custodios, etc.) son responsables de pago total. Para menores no acompañados, tratamiento de no ser de emergencia será negado a menos que cargos y arreglos de pago hayan sido pre-autorizados.

Yo he leído y entiendo la Declaracion de Poltica Financiera.

Firma: _____ **Fecha:** _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nuestro conocimiento de su estado de salud nos ayudará a proveer cuidado de calidad.
Por favor conteste todas las preguntas a continuación.

Razon por la visita de hoy: _____

Médico Primario de Cuidado: _____

¿Referido por el Doctor?: _____

Otros Médicos (ultimos 5 años): _____

¿Embarazada? ☐ Si ☐ No

Fecha que espera a su bebe: _____

¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No

¿Con que frecuencia? _____

☐ Fuma mucho ☐ Fuma poco

¿Bebel/ bebía alchol? ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto? _____ ☐ Cerveza ☐ Licor ☐ Vino

☐ Socialmente ☐ Minimamente

☐ Con poca frecuencia ☐ Frecuentemente

¿Uso de drogas? ☐ Sí ☐ No

Tipo: _____

¿Tiene alergias que reportar? ☐ Si ☐ No Si es así, por favor indique

Alergias:

Alergias (Por favor escriba)	Reacción

Condiciones Médicas:

Condición Médica	¿Cuándo empesó?	Doctor

Historia médica familiar:

Operaciones:

Operaciones	Fecha	Doctor

Información de Farmacia:

Nombre de la Farmacia: _____ ☐ Tienda ☐ Pedir por correo

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: _____

Tabla de Medicamentos:

Medicación	Dosis	Frecuencia	Comentarios	Actualización

Por favor, adjunte una lista de medicamentos, si corresponde.

Revisión de Sistemas

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Marque cualquier de los siguientes que usted ha tendio o tiene actualmente:

<u>General:</u> ☐ Fiebre ☐ Escalofríos ☐ Sudores ☐ Anorexia ☐ Fatiga ☐ Somnolencia ☐ Problema dormir ☐ Malestar ☐ Aumento de peso ☐ Pérdida de peso <u>Ojos:</u> ☐ Dolor ☐ Pérdid de la visión ☐ Lágrimas excesivas ☐ Visión borrosa ☐ Visión doble ☐ Irritación ☐ Secreción ☐ Fotofobia <u>Oídos/Nariz/Garganta:</u> ☐ Dolor de oído ☐ Infección del oído ☐ Secreción ☐ Disminución en el oído ☐ Obstrucción nasal ☐ Secreción nasal ☐ Hemorragias nasales ☐ Dolor de garganta	<u>Cardiovascular:</u> ☐ Dolor de pecho ☐ Palpitaciones ☐ Presión arterial alta ☐ Soplo del corazón ☐ Latido irregular del corazón ☐ Hinchazón de la piernas ☐ Uso de oxígeno <u>Respiratorio:</u> ☐ Tos ☐ La disnea ☐ Espujo excesivo ☐ Sibilancias ☐ Falta de aliento <u>Gastrointestinal:</u> ☐ Náusea ☐ Vomitar ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Cambio en los hábitos intestinales ☐ Dolor abdominal <u>Genitourinario:</u> ☐ Síntomas urinarios ☐ Dolor al orinar ☐ Frecuencia urinaria ☐ Secreción ☐ Úlcera ☐ Irregularidad menstrual	<u>Musculoesqueléticas:</u> ☐ Dolor de espalda ☐ Dolor en las articulaciones ☐ Inflamación de las articulaciones ☐ Calmbrs musculres ☐ Debilidad muscular ☐ Rigidez <u>Piel:</u> ☐ Sarpullido ☐ Comezón ☐ Úlceras ☐ Exceso de cicatrices ☐ Prblma de sangrado ☐ Sequedad ☐ Lesiones sospechosas <u>Neurológicas</u> ☐ Parálisis transitoria ☐ Debilidad ☐ Convulsiones ☐ Estremecimiento ☐ Vértigo ☐ Severos dolores de cabeza <u>Psiquiátrico:</u> ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Pérdid de la memoria ☐ Perturbación mental ☐ Ideación suicida ☐ Alucinaciones ☐ Paranoia	<u>Endocrino:</u> ☐ Intolerancia al frío ☐ Intolerancia al calor ☐ Excesiva de la sed ☐ Cansado/lento <u>Hematológicas/Linfáticos</u> ☐ Hematomas anormales ☐ Sangrar ☐ Nódulos linfáticos agrandados ☐ Problemas de coagulación sanguínea ☐ Anemia <u>Alérgica/Inmunológica:</u> ☐ Fiebre de heno ☐ Infecciones Persistentes ☐ Alérgico a los medicamentos <u>GYN (Mujers solo)</u> ☐ Sintomático caliente ☐ Destellos calientes ☐ Sintomático de la vagina ☐ Sequedad ☐ Dificultad para dormir <u>Evaluación de Salud:</u> ☐ Colonoscopia(Hace 1 año) ☐ Mamografía(Hace 1 año) ☐ Papanicolau(Hace 1 año) ☐ Otro: _____ Comentarios : _____
☐ NINGUNO de arriba aplica a mi condición acutal.			