

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Nombre que prefiere: \_\_\_\_\_ N.º del seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**(Por favor marque su número de teléfono de preferencia para contacto y mensajes)**

Teléfono de domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Menor

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O PARTE RESPONSABLE

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

#### Seguro primario

Compañía de seguros Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

No. de afiliado / ID: \_\_\_\_\_

No. de grupo / Plan: \_\_\_\_\_

#### Secundario

Compañía de seguros Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

No. de afiliado / ID: \_\_\_\_\_

No. de grupo / Plan: \_\_\_\_\_

#### **Notificación de emergencias**

¿En caso de emergencia, a quién debemos contactar?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### **Contacto secundario**

¿A quién debemos contactar si no nos podemos comunicar con usted por asuntos médicos de urgencia?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### **Cesión y autorización del seguro**

Por este medio autorizo a Edinger Medical Group a entregar información a las compañías de seguro en referencia a mis enfermedades y tratamientos. Por este medio cedo todos los pagos por servicios médicos que se me hayan brindado a mí o a mis dependientes a Edinger Medical Group. Entiendo que soy responsable por cualquier monto que el seguro no cubra. Escriba sus iniciales: \_\_\_\_\_

#### **Autorización de historial farmacéutico**

Por este medio autorizo a los médicos de Edinger Medical Group a revisar mi historial de medicamentos recetados por otros médicos. Escriba sus iniciales: \_\_\_\_\_

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

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

Por favor, tómese un momento para completar la siguiente información para nuestro sistema de registros médicos electrónicos. Le pediremos esta información una vez. No obstante, si cambia su selección de farmacia de preferencia, le solicitamos que actualice a nuestras oficinas lo antes posible. Gracias.

---

**Nombre del/de la paciente:** \_\_\_\_\_

**Idioma: (Por favor seleccione su idioma primario)**

Inglés     Español     Chino     Vietnamita     Árabe     Otro: \_\_\_\_\_

**Etnia: (Por favor, marque una)**

Hispana o latina     No hispana o latina     Me niego a responder

**Raza: (Por favor marque una)**

Blanca     Hispana     Negra o afroamericana  
 Asiática     Nativa de Hawái     Otra raza: \_\_\_\_\_  
 Otro isleño del Pacífico     No reportada/se niega a reportar

---

**\*\*ÚNICAMENTE PARA PACIENTES NUEVOS\*\***

**¿Cómo se hizo paciente de Edinger Medical Group? (Por favor marque todas las que correspondan)**

Familiar/amigo    Nombre (Nombre y apellido): \_\_\_\_\_

¿Es paciente de Edinger?  Sí  No    ¿Podemos enviarle nuestro agradecimiento?  Sí  No

Sitio web \_\_\_\_\_     Aviso publicitario \_\_\_\_\_

Sitio web del plan de salud/Director     Otro: \_\_\_\_\_

---

**Información de farmacia**

Nombre de la farmacia **primaria:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_    Entre calles principales: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_    Estado: \_\_\_\_    Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la **farmacia secundaria** o por correo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_    Entre calles principales: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_    Estado: \_\_\_\_    Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO DE HISTORIAL GENERAL DE SALUD (Visita inicial)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## I. HISTORIA MÉDICA ACTUAL Y PASADA

Por favor marque con una (X) cualquiera de las siguientes enfermedades y problemas médicos que tenga o haya tenido e indique el año en que comenzó cada uno.

Si no está seguro cuándo comenzó una enfermedad, escriba un año aproximado.

<u>Enfermedad</u>	(x)	(Año)	<u>Enfermedad</u>	(x)	(Año)
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	_____	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	_____
Sordera o disminución de la audición	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades renales o de la vejiga	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	_____	Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	_____
Enfisema	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la próstata (solo para hombres)	<input type="checkbox"/>	_____
Neumonía	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias o fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	_____	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	_____	Traumatismo craneal	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	_____	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	_____
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones, ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	_____
Otros problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	_____	Gota	<input type="checkbox"/>	_____
Infarto	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	_____	Tumor benigno	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Úlcera estomacal / duodenal	<input type="checkbox"/>	_____	Tendencia a hemorragias	<input type="checkbox"/>	_____
Diverticulosis	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____
Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	_____	Reacción alérgica potencialmente mortal	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis / Ictericia	<input type="checkbox"/>	_____	Ansiedad/ Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del hígado	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del intestino irritable	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia	<input type="checkbox"/>	_____
Hernia	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	_____
Bultos en las mamas o Enfermedad fibroquística	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	_____

## II. HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS ANTERIORES

OPERACIONES	MES Y AÑO	TIPO
HOSPITALIZACIÓN QUE NO FUERA	MES Y AÑO	MOTIVO

## III. MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>¿CADA CUÁNTO LO TOMA?</u>

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**IV. REACCIONES ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS**

TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE REACCIÓN

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**V. HISTORIAL MENSTRUAL (SOLO PARA MUJERES)**

Fecha del último período \_\_\_\_\_ ¿Es regular? O Sí / O No

Cantidad de embarazos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_

Abortos espontáneos \_\_\_\_\_

Abortos \_\_\_\_\_

**VI. ANTECEDENTES FAMILIARES**

¿Algún pariente consanguíneo ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? - por favor indique cuál pariente.

<input type="checkbox"/> EPILEPSIA _____	<input type="checkbox"/> ARTRITIS _____	<input type="checkbox"/> FIEBRE DEL HENO _____
<input type="checkbox"/> MIGRAÑAS _____	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RENALES _____	<input type="checkbox"/> CÁNCER _____
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES MENTALES _____	<input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO _____	<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL _____
<input type="checkbox"/> GLAUCOMA _____	<input type="checkbox"/> DROGADICCIÓN _____	<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN _____
<input type="checkbox"/> DIABETES _____	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN _____	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CARDÍACAS _____
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES _____	<input type="checkbox"/> ASMA _____	<input type="checkbox"/> OTRA _____

**VII. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD (Marque los que correspondan)**

Fumar: ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuántos años? \_\_\_\_\_ Si dejó de fumar, ¿en qué año lo hizo? \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol: ¿Qué tipo de alcohol consume? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto toma por semana? \_\_\_\_\_ ¿Por día? \_\_\_\_\_

Consumo de drogas

Factores de riesgo de VIH (Transfusiones de sangre, hemofilia, historial de uso de drogas intravenosas, comportamiento sexual de alto riesgo)

Aumento significativo de peso

Estilo de vida sedentario

Otro \_\_\_\_\_

**VIII. OTROS**

Si no tiene actualmente una relación mutuamente monógama, ¿utiliza preservativos de forma habitual? \_\_\_\_\_

(Solo mujeres) ¿Se examina los pechos cada mes? \_\_\_\_\_

¿Usa el cinturón de seguridad de forma habitual? \_\_\_\_\_

Si es sexualmente activa y no está planeando un embarazo, ¿utiliza algún método anticonceptivo? ¿Cuál?

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_, M.D.  
REVISADO

\_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE



## Política y acuerdos financieros del paciente

Edinger Medical Group (EMG) está comprometido a atender sus necesidades de atención médica. Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su relación de atención médica con nuestro grupo médico y proveedores. La siguiente es una descripción de la política financiera de EMG. EMG requiere que usted lea, escriba sus iniciales y acepte la política financiera antes de recibir el tratamiento.

**ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD, DISCOVER Y AMERICAN EXPRESS**

### FACTURACIÓN DEL SEGURO

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros médicos. Nosotros no somos parte de ese contrato. Es su responsabilidad conocer sus beneficios y cómo se aplicarán al tratamiento que reciba. Si su compañía de seguros no ha pagado la totalidad de su cuenta en un plazo de 60 días, el saldo será transferido a usted y/o al garante que figura en el formulario de información del paciente.

**Todos los pacientes son responsables de sus copagos, coseguros, deducibles no cubiertos y costos de los servicios no cubiertos en el momento de la visita. Escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_**

### PLANES DE HMO CONTRATADOS

**Todos los copagos deben ser abonados en cada visita.** Debido a cuestiones de cumplimiento contractual y uniforme con su compañía de seguros, no hay excepciones a la política de cobrar los copagos en cada visita.

**Escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_**

### PLANES PPO CONTRATADOS

Facturamos a su compañía de seguros como una cortesía. **Todos los copagos, los coseguros, los deducibles no cubiertos, y los costos de los servicios no cubiertos serán cobrados en el momento de la visita.** Cualquier saldo restante adeudado después de los ajustes del contrato y los pagos del plan de salud son su responsabilidad. Usted recibirá una cuenta para esta responsabilidad financiera restante. Todos los saldos de los pacientes se deben pagar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nuestro estado de cuenta.

**Escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_**

### PLANES FUERA DE LA RED

Para los pacientes con planes que están fuera de la red. **Todos los servicios deben ser pagados en su totalidad en el momento de la visita/tratamiento.** Nuestras oficinas le proporcionarán una estimación del costo del tratamiento antes de la visita.

**Escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_**

### PACIENTES QUE PAGAN EN EFECTIVO

Para los pacientes que pagan en efectivo. **Todos los servicios deben ser pagados en su totalidad en el momento de la visita/tratamiento.** Nuestras oficinas le proporcionarán una estimación del costo del tratamiento antes de la visita.

**Escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_**

### SALDOS DE CUENTAS ATRASADAS

Los pacientes con un saldo pendiente considerado vencido (90 días) deben planificar el pago antes de programar cualquier cita futura. **Si su cuenta llega a estar seriamente atrasada, esto afectará la programación de cualquier cita nueva y el resurtido de medicamentos de manera oportuna.**

**Escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_**

### **CUENTAS SUSPENDIDAS Y TERMINACIÓN DE LA ATENCIÓN**

En el caso de que los saldos pendientes no se paguen en un plazo de 120 días, se suspenderá su condición de paciente. Una vez suspendido, su relación de proveedor/paciente con el grupo médico se dará por terminada, y usted tendrá que recibir la atención y el resurtido de medicamentos necesarios en otro lugar.

**Escriba sus iniciales aquí:** \_\_\_\_\_

### **NOTIFICACIÓN DE CUENTAS MOROSAS A LAS AGENCIAS DE CRÉDITO**

Si el saldo de una cuenta de un paciente se encuentra en estado de mora y la cuenta del paciente se suspende, se informará de ese saldo de mora a las agencias de crédito nacionales. Esto puede afectar negativamente su situación crediticia actual y a largo plazo. Estos saldos en mora permanecerán vigentes con las agencias de crédito indefinidamente en el futuro hasta que su saldo vencido sea pagado.

**Escriba sus iniciales aquí:** \_\_\_\_\_

### **REEMBOLSOS AL PACIENTE**

Los siguientes criterios deben cumplirse antes de emitir un reembolso al paciente:

No hay reclamos de seguros pendientes en la cuenta del paciente.

No hay saldos pendientes en la cuenta del paciente.

**Escriba sus iniciales aquí:** \_\_\_\_\_

### **CHEQUES DEVUELTOS**

Se cobrará un cargo de \$25.00 por cualquier cheque devuelto.

Entiendo y estoy de acuerdo que sin importar mi estado de seguro, yo soy el responsable final por el saldo en mi cuenta de EMG por cualquier servicio profesional prestado. He leído la Política Financiera del Paciente de EMG mencionada arriba, estoy de acuerdo en cumplirla, y he proporcionado a EMG la información verdadera y correcta del seguro. Notificaré a EMG sobre cualquier cambio en la cobertura de mi seguro médico.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente en letra molde**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la parte responsable en letra molde  
(Si es diferente al paciente)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información médica para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como parte de mi atención médica, Edinger Medical Group genera y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los distintos profesionales de salud que contribuyen a mi atención,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura,
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se han prestado realmente, y
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de salud

Entiendo y me han proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que brinda una descripción más completa de los usos y divulgación de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a la forma en que se puede utilizar o divulgar mi información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Entiendo que Edinger Medical Group no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado acciones al respecto. También entiendo que si me niego a firmar este consentimiento o lo revoco, esta organización puede negarse a tratarme como lo permite la Parte 45, Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

**Deseo que se apliquen las siguientes restricciones al uso o a la divulgación de mi información médica:**

**Deseo compartir mi historial médico electrónico para que me ayude con mis necesidades de atención actuales o futuras:**

Nombre:

Relación:

Correo electrónico:

Teléfono:

Entiendo que tengo el derecho de revocar este privilegio por escrito.

---

Entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para tal divulgación para estos usos permitidos, incluyendo la divulgación por fax.

Entiendo completamente  acepto /  rechazo los términos de este consentimiento.

---

Firma del paciente o tutor

---

Fecha