



### Información del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_  
Estado civil (favor de circular): soltero casado divorciado viudo otro  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Numero de casa: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono de preferencia (favor de circular): casa celular trabajo otro \_\_\_\_\_  
Estudiante (favor de circular): Si No Tiempo Completo Medio Tiempo  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### Necesitamos Solicitar la siguiente información según los nuevos requisitos de seguros / informes federales.

**Raza:**  Indio Americano  Asiático  Afro Americano  Caucasico  Hispano  Otro  
**Etnicidad:**  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  
**Lenguaje de preferencia:**  Ingles  Español  Otro \_\_\_\_\_  Prefiero no contestar

### Como escucho de nuestra practica?

Amigo: \_\_\_\_\_  Internet  Seguro Medico  Healow  Otro

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_

### Farmacia de Preferencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_  
Locación: \_\_\_\_\_  
Tiene un testamento de vida?  Si  No  
En caso de que no tenga, le gustaría recibir información?  Si  No

### Seguro Medico Primario

Compañía de seguro medico: \_\_\_\_\_  
Nombre de titular de póliza: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento de titular de póliza: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_  
Relación de paciente a el titular de póliza (favor de circular): Si mismo Papa Esposo Otro \_\_\_\_\_  
Empleador de titular de póliza: \_\_\_\_\_

### Seguro Medico Secundario

Compañía de seguro medico: \_\_\_\_\_  
Nombre de titular de póliza: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento de titular de póliza: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_  
Relación de paciente a el titular de póliza (favor de circular): Si mismo Papa Esposo Otro \_\_\_\_\_  
Empleador de titular de póliza: \_\_\_\_\_

### Complete Si La Parte Responsable Es Distinta Al Paciente

Nombre de partido responsable: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de apartamento \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_

### Asignación de Beneficios / Reconocimiento de Practicas Privadas

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos para incluir los principales beneficios médicos a los cuales tengo derecho, seguro privado y cualquier otro pago del plan de salud a Healthy Life Family Medicine. Esta tarea permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta tarea debe considerarse válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, incluidos, entre otros, los copagos y los deducibles anuales. Por la presente, autorizo a dicho cesionario a liberar cualquier información requerida para garantizar el pago.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o partido responsable

X \_\_\_\_\_  
Fecha

## Historia Medica Pasada

**Historial Médico** (Anote cualquier condición médica con la que haya sido diagnosticado y la fecha de inicio):

Ejemplos: hipertensión 2009, depresión 2010, diabetes 1999

**Historia Quirúrgica** (Indique todas las cirugías e incluya la fecha de la cirugía):

**Medicamentos Actuales** (Anote TODOS los medicamentos, recetados, sin receta, hierbas o suplementos):

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Cuanto tiempo tiene tomando el medicamento
Ejemplo: Lisinopril	10mg	1 tableta al día	3 años

**Alergias a medicamentos** (Indique TODAS las alergias a los medicamentos solamente y el tipo de reacción a cada uno):

## Continuación de Historial Medico

### Uso de tabaco:

Actualmente usa algún producto que contenga tabaco?  Si  No

En caso de afirmativo, anote el tipo y la cantidad por día: \_\_\_\_\_

Uso anterior de tabaco?  Si  No

### Uso del Alcohol/Cafeína:

Cuántas bebidas alcohólicas consume al día? \_\_\_\_\_ A la semana? \_\_\_\_\_

Cuántas tazas de café/te consume al día? \_\_\_\_\_ A la semana? \_\_\_\_\_

Cuántos vasos de soda consume al día? \_\_\_\_\_ A la semana? \_\_\_\_\_

### Abuso de Drogas:

Algún historial de abuso de drogas?  Si  No

En caso afirmativo, especifique la sustancia y la duración del uso \_\_\_\_\_

### Historia OB/GYN (pacientes femeninos):

Número de embarazos? \_\_\_\_\_ Fecha de último ciclo menstrual? \_\_\_\_\_

Número de abortos involuntarios? \_\_\_\_\_ Fecha de último Papanicolaou? \_\_\_\_\_

Número de abortos? \_\_\_\_\_ Fecha de último mamograma? \_\_\_\_\_

Número de hijos vivos? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal?  Si  No

En caso de afirmativo, cual fue el diagnostico? \_\_\_\_\_

## Historial Familiar

Padre: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Madre: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Hermano/a: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Hermano/a: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Hermano/a: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Hermano/a: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Hijo/a: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Hijo/a: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Hijo/a: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

Hijo/a: VIVO Edad \_\_\_\_\_ Problemas médicos principales:  
Fallecido Edad al fallecer \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento:

## Historial Médico Preventivo

Indique la fecha del último examen o vacuna:

Colonoscopia \_\_\_\_\_  
Dexa Scan (radiografía de huesos) \_\_\_\_\_  
Examen de próstata \_\_\_\_\_  
Vacuna del flu \_\_\_\_\_

T-Dap (tétano) \_\_\_\_\_  
Vacuna para neumonía \_\_\_\_\_  
Vacuna para culebrilla \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_



## Healthy Life Family Medicine

### Liberación De Información

Nombre de Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	
Número de Teléfono: _____	Correo electrónico: _____

Doctor Previo/Otro: \_\_\_\_\_

Dirección de doctor previo: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de doctor previo: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

#### Liberar los registros médicos para:

Healthy Life Family Medicine  
750 N. Estrella Parkway Suite 40  
Goodyear, AZ 85338  
P: (623)889-3477  
F: (623)889-3478

Descripción de la información publicada: ( ) Notas de registros médicos ( ) Record completo de registros médicos  
( ) Otro: \_\_\_\_\_

*Información solicitada es continuidad de la atención médica para el paciente mencionado.*

### Por favor lea y firme abajo

#### **Entiendo lo siguiente:**

1. Autorizo la liberación de los registros médicos a la oficina de Healthy Life Family Medicine.
2. Puedo revocar la autorización en cualquier momento con una notificación por escrito a la práctica.
3. Yo no puedo revocar esta autorización si la práctica ya ha actuado utilizando esta autorización o cuando se haya utilizado la autorización para obtener cobertura de seguro.
4. La práctica no condicionara el tratamiento o pago basado en mi firma en esta autorización.
5. Estoy firmando libremente esta autorización, no he sido presionado o coaccionado para firmar esta autorización.
6. La información divulgada en esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación de la práctica y no protegida por la ley federal o ley estatal.
7. Estoy consciente de que tuve la oportunidad de revisar esta autorización y comprender su contenido.
8. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización en el momento de su iniciación.
9. Entiendo que la información puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, servicios de conducta o salud mental, o tratamientos de abuso de alcohol y/o drogas.

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Relación a el Paciente**

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



Healthy Life Family Medicine

***Autorización Familiar***

Doy consentimiento a los siguientes miembros de familia o amigos:

1. Doy consentimiento para cualquier persona en la lista para poder recibir mensajes con respecto a los resultados de pruebas, consultas, o recetas si soy incapaz de responder por mí mismo.
2. Doy consentimiento para cualquier persona en la lista para poder discutir cuestiones o afirmaciones de facturas.
3. Doy consentimiento para cualquier persona en la lista para que pueda recoger cualquier historial médico o recetas que han sido solicitadas y están listas para mí.
4. Doy consentimiento para cualquier persona en la lista (mayores de 18 años) para poder traer a el paciente (si es menor de edad) a su cita y tomar decisiones medicas en caso necesario.
5. Tengo el derecho a negar cualquier persona que está en esta lista para obtener cualquier información de mi archivo después de haber firmado este consentimiento. Entiendo que debo contactar a Healthy Life Family Medicine, para que este derecho entre en efecto inmediatamente.

**Nombre:**

**Relacion:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma de Paciente/Guardián**

**Fecha**



## **Póliza de Pago Healthy Life Family Medicine**

Le agradecemos haber elegido a Healthy Life Family Medicine como su proveedor de atención primaria. Nos comprometemos a brindarle calidad y cuidado de salud accesible. Nuestra póliza financiera es la siguiente:

1. **Seguros.** Participamos en la mayoría de planes de seguro. Si no están asegurados por un plan con los cuales hacemos negocios, pago completo se requiere en cada visita. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Contacte su compañía de seguros directamente para cualquier pregunta sobre su cobertura. Al firmar este formulario, autoriza a Healthy Life Family Medicine para liberar la información necesaria para completar y procesar sus reclamos hacia los seguros médicos.
2. **Los copagos y deducibles.** Todos los co-pagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de nuestro contrato con su compañía de seguros.
3. **Los Servicios No Cubiertos.** Entiendo que algunos, y tal vez no todos, de los servicios que recibiré pueden ser cubiertos por mi seguro o no se consideran necesarios o razonables por Medicare y otros aseguradores. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que han sido determinados por mi plan de seguro para ser "no cubiertos". Pago completo por estos servicios es generalmente debido en cada visita.
4. **Actualizaciones.** Nuestro personal le pedirá que verifique su información personal o sobre su seguro médico en cada visita. La información actual es esencial para nosotros para comunicarnos con usted sobre su tratamiento y para obtener el pago oportuno de su compañía de seguros.
5. **Sumisión de Reclamos.** Nosotros enviaremos sus reclamaciones a su seguro médico. Trataremos de asistirle de cualquier manera razonablemente para obtener su reclamación pagada. Tenga en cuenta que el balance de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga su reclamo o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
6. **Cambios de Cobertura.** Si hay cambios en su seguro médico, notifíquenos por favor tan pronto como sea posible para que podamos hacer cambios apropiados para ayudarlo a que reciba lo máximo de sus beneficios.
7. **Citas Perdidas.** Se le cobrará una cuota de \$25.00 por cualquier cita perdida ni no nos notifica por lo menos 12 horas antes de su cita programada. Ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita.
8. **Cheques Devueltos (Sin Fondos).** Se le cobrará un honorario de proceso de \$15.00 por cualquier cheque personal devuelto por falta de pago.
9. **Forma de Terminación.** Por favor note que cualquier implementación de formularios para efectos del seguro, discapacidad a corto plazo y FMLA requiere una cita con uno de nuestros proveedores para completarse. Habrá una cuota de \$25.00 para formularios de discapacidad a corto plazo o papeleo FMLA.

**He leído y entiendo las pólizas de pago de Healthy Life Family Medicine:**

---

**Firma**

---

**Fecha**



## Bienvenido a Healthy Life Family Medicine

Gracias por elegir a Healthy Life Family Medicine para las necesidades de su atención médica. Nos comprometemos a brindarle calidad y cuidado de salud asequible. A continuación se muestran nuestras pólizas de la oficina y financieras. Por favor tome un momento para leer esto íntegramente. Si necesita adicional o si tiene preguntas sobre estas pólizas, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina al 623-889-3477 y estaremos encantados de ayudarle.

**Hora de operación-** Nuestra oficina está abierta de lunes a jueves de 7am-7pm. Viernes de 7am-12pm. Sábados de 8am-12pm.

**Teléfonos-** Teléfonos son contestados de lunes a jueves de 7am-5pm. Viernes de 7am-12. Sábado de 8am-12pm. Los teléfonos se transfieren al servicio contestados de lunes a jueves de 12pm a 1pm para el almuerzo.

**Emergencias: Para situaciones amenazantes de vida por favor llame al 911.** Nuestra práctica tiene cobertura limitada para pacientes con emergencias que pueden ocurrir después de horas. Si surge un problema entre 5pm y 7pm en días laborales y en cualquier momento después de las 12pm del sábado al lunes llame a nuestro servicio de contestados al 602-230-4836 y el contestado se comunicará con el médico de guardia. Se llamada será devuelta a tiempo durante estas horas. **Por favor tenga en mente que los rellenos de medicamentos y referencias no se consideran situaciones de emergencia por lo tanto no se harán después de horas.**

**Resultados de estudios-** Cualquier laboratorio o proyección de imagen de pruebas realizada a través de nuestra práctica, se le notificará de los resultados tan pronto como estén disponibles. Todos los resultados primero deben ser revisados por el proveedor que haiga ordenado el estudio.

**Rectas-** Todos los rellenos de medicamentos deben de ser solicitados a su farmacia. Su farmacia debe notificarnos luego de su solicitud. Para medicamentos de rutina la solicitud debe hacerse por lo menos 2 semanas antes de que se le termine el medicamento. No damos rellenos de antibióticos o medicamentos controlados sin una cita de seguimiento. Por favor espere 7 días para que su solicitud sea procesada. Si se necesita una autorización previa debe saber que se puede tomar hasta 14 días para llegar a una decisión.

**Registros médicos-** Nuestra oficina se toma mínimo 5 días laborales para procesar las solicitudes de registros médicos. Registro médicos se liberan a otros proveedores o individuos solo con su autorización por escrito.

**Terminación de la forma-** Por favor note que cualquier implementación de formularios para efectos de seguro, discapacidad a corto plazo y FMLA requiere una cita con uno de nuestros proveedores para completarse. Habrá una cuota de \$25.00 por llenar formas de discapacidad a corto plazo o FMLA.

**Referencias/Autorizaciones-** Referencias de rutina pueden tomar hasta 14 días para completarse. Si el especialista referido no es conveniente emitiremos una segunda remisión como cortesía a nuestros pacientes. Referidos que necesiten una autorización previa de su seguro médico pueden tomar hasta 14 días laborales desde la fecha de presentación. Si su seguro médico requiere un referido por papel necesita venir a la oficina de su doctor primario en orden para emitirse. Por favor tenga en cuenta que cada situación es diferente y nosotros intentaremos lo mejor para hacer el proceso tan fácil como sea posible.

**Saldos de cuenta-** Saldos deben pagarse en su totalidad, a menos que arreglos de pago aceptables se han establecido con nuestra oficina de facturación. Los pagos se aplicarán a la más antigua fecha de servicio. Puede ser necesario que nuestra oficina se comuniquen con usted sobre balances en su cuenta. Se realizarán llamadas telefónicas a los números de teléfonos que usted proporcione en el formulario de registro.

He leído y entiendo y estoy de acuerdo con las pólizas y directrices de la oficina HLFM:

---

Firma del paciente o persona responsable

---

Fecha





## Portal de Healthy Life Family Medicine Health

La aplicación de Healow puede ser accedido a través de su computadora y su dispositivo móvil. Favor de proporcionar a nuestro personal con una dirección de correo electrónico para poder abrir su cuenta con nuestro portal de salud.

- Vea su historial médico, resultados de analices de sangre, referidos para especialistas, reportes de estudios de radiología.
- Solicitar rellenos de sus medicamentos
- Enviar mensajes directos a sus proveedores.

Doy consentimiento a Healthy Life Family Medicine a través de Correo electrónico  Mensaje De Texto  Teléfono  para que me recuerden de mis próximas citas, resultados de analices de sangre o reportes de estudios de radiología.

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor firme abajo reconociendo que el correo electrónico anterior es correcto y que podemos utilizarlo para activar su cuenta del portal de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha