

Registración del Paciente
Por Favor Complete todas las secciones!

Información Personal Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Genero: Mujer Hombre

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numer de Seguro Social: ____/____/____

Numero de Casa: (____) _____ Numero del trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Direccion: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

***** **TESTAMENTO: SI [] NO []** *****

Información de Persona Responsable Relacion con el Paciente: Ser Esposo Hijo Otra: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numer de Seguro Social: ____/____/____

Numero de Casa: (____) _____ Numero del trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Direccion: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Información del Seguro **Por Favor presente su identidad y tarjeta del seguro con estos documentos**

Nombre de Seguro Primario: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre del Subscriber: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion con el paciente Ser Esposo
 Hijo Otro

Numero de Poliza : _____ Numero de grupo: _____

Nombre de Empleador: _____ Copay: _____

Nombre de Seguro Secundario: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre del Subscriber: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion con el paciente Ser Esposo
 Hijo Otro

Numero de Poliza : _____ Numero de grupo: _____

Nombre de Empleador: _____ Copay: _____

Farmacia: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Contacto En Caso De Emergencia: _____ Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Cell: _____

Asignacion de beneficios - Acuerdo Financiero

Por la presente concedo autorización de por vida, para que los pagos por concepto de beneficios de seguros sean hechos a Reyes y Reyes u a otros médicos que me asistan por servicios prestados previamente. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, sean o no pagaderos por el seguro de salud. Por la presente autorizo a este profesional de la salud, a divulgar la información necesaria para lograr el pago de los beneficios. Así mismo convengo en que una foto copia de este acuerdo tendrá la misma fuerza legal que el original.

FECHA: _____ FIRMA: _____



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y CONFIRMACIÓN DE RECIBO

Con mi firma, autorizo que Rene A. Reyes M. D., Dayana Rubio, PA-C, Abner E. Sosa, PA-C, y Mariana Racovita, PA-C y sus empleados y asociados en el ejercicio profesional usen y divulguen la Información sobre la Protección a la Salud para mi tratamiento, pagos y otras actividades con el fin del cuidado de mi salud. Para una información más detallada uso y divulgación sobre estos fines, le rogamos que lea el aviso relacionado con la Información sobre Privacidad en la Práctica Profesional (HIPPA). Esta información sobre la privacidad describe sus derechos y las obligaciones del médico en relación con la Información sobre la Protección a la Salud. Usted tiene el derecho de revisar la información antes de firmar el consentimiento. Los términos de este aviso pueden cambiar. Si los términos cambiaren, tiene derecho a recibir una información revisada, meramente con solo llamar a la consulta y solicitar que una copia revisada se le envíe por correo o, simplemente, solicitar una copia cuando acuda a la próxima cita.

Usted tiene el derecho a solicitar que limitemos el uso o la divulgación sobre la información relacionada con su salud. De no ser así, nos está permitido hacerlo para el diagnóstico, tratamiento, pagos y diligencias relacionadas con su atención médica, aunque no estamos obligados a estar de acuerdo con esas restricciones. Sin embargo si no concordamos con dichas restricciones estaremos obligados a cumplirlas. Finalmente puede rehusar el consentimiento al uso y la divulgación de la Información sobre la Protección a la Salud, pero tendrá que notificarnos por escrito. De acuerdo con esta ley tenemos el derecho a rehusar atenderlo si se niega a la divulgación de la Información sobre la Protección a la Salud.

La Información sobre la Protección a la Salud consiste en información que incluye detalles demográficos brindados por usted, el paciente, y recibidos por el médico, otros profesionales de la salud, planes de salud, empleador u otro centro de intercambio sobre la salud. La Información sobre la Protección a la Salud describe su condición actual, pasada o futura relacionada con su estado físico o mental.

HE REVISADO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD. CONSIENTO EN EL USO O DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE MI SALUD CON FINES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PAGO Y TRÁMITES SOBRE EL CUIDADO DE MI SALUD. ENTIENDO QUE MI DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PUEDEN DEPENDER DE MI CONSENTIMIENTO COMO LO REFRENDA MI FIRMA EN ESTE DOCUMENTO. ESTA FIRMA TAMBIÉN VALIDARÁ EL RECIBO DEL AVISO SOBRE PRIVACIDAD COMO PRUEBA QUE ATESTIGÜE LA GESTIÓN HECHA DE BUENA FE PARA OBTENER LA CONFIRMACIÓN DEL RECIBO DE LA PRESENTE.

Firma del paciente o su representante _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACION CON ALGUN PARIENTE

- Yo, _____ autorizo a _____ (Nombre del pariente y relacion con el paciente), a obtener la siguiente informacion (Encierre la informacion especifica que podemos proveer a la persona especificada). **Cualquier informacion relacionada con mis:** [Resultados de laboratorio][medicamentos][Reportes de radiologia][Informacion de mis citas][informacion financier][information psiquiatrica]o[Todas las anteriores]
- Yo, _____ **no doy autorizacion** para que ninguna otra persona aparte de mi obtenga informacion acerca de mi salud.

Firma del paciente o su representante _____ Fecha _____

POLITICA DE CANCELAMIENTO DE CITAS

Todas las citas deben ser canceladas antes de las 12 pm del dia anterior a su cita (O antes de las 12 pm el viernes si su cita es un lunes), para evitar el cargo de \$25. Este cargo se aplica cuando las citas no son canceladas o son canceladas tarde. Su seguro no cubre cargos for no atender o llegar tarde a su turno.

Firma del paciente o su representante _____ Fecha _____



Reyes and Reyes, MD, PA

Better Health Starts Here

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha _____

Genero: H M

Alergias	Reaccion	Medicamentos	Dosis	Veces/dia
1) _____	_____	1) _____	_____	_____
2) _____	_____	2) _____	_____	_____
3) _____	_____	3) _____	_____	_____
4) _____	_____	4) _____	_____	_____
5) _____	_____	5) _____	_____	_____

Historia Medica

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Papanicolau (mes./año.) _____	<input type="checkbox"/> Examen de Prostata (mes./año.) _____
<input type="checkbox"/> Cancer _____	<input type="checkbox"/> Problemas de cuello	<input type="checkbox"/> Mamografia (mes./año.) _____	<input type="checkbox"/> Colonoscopia (mes./año.) _____
<input type="checkbox"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/> Problemas de espalda	Especialistas	
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Cardiólogo _____	<input type="checkbox"/> Quiropráctico _____
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Pulmonólogo _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otros problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Reflujo Acido	Ultimo periodo Menstrual _____ # de embarazos _____ # de partos prematuros _____ # de Cesarias _____ Problemas durante el embarazo: <input type="checkbox"/> Presion Alta <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Pre-eclampsia o eclampsia # de partos naturales _____ # de abortos/ perdidas _____	
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Problemas de riñones		
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Ulcera peptica		
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Apendicitis		
<input type="checkbox"/> Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/> Otros Problemas Estomacales		
<input type="checkbox"/> Varicela	Vacunas		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis / (+) skin test	<input type="checkbox"/> Polio (año) _____		
<input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/> MMR (año) _____		
<input type="checkbox"/> Depresion / Ansiedad	<input type="checkbox"/> DPT (año) _____		
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Varicela (año) _____		
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmision sexual	<input type="checkbox"/> Vacuna de la gripe _____		
<input type="checkbox"/> Fracturas _____	<input type="checkbox"/> Vacuna contra neumonía _____		
	<input type="checkbox"/> Tetano (año) _____		
	<input type="checkbox"/> Hepatitis B vac (año) _____		

Historia Quirujica

<input type="checkbox"/> Tonsilectomia	<input type="checkbox"/> Apendectomia	<input type="checkbox"/> Cirujia de la vesicula	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Cirujia de cadea	<input type="checkbox"/> Cirujia de la tiroide	<input type="checkbox"/> Histerectomia	
<input type="checkbox"/> Cirujia de hombro	<input type="checkbox"/> Cirujia de la prostata	<input type="checkbox"/> Vasectomia	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Cirujia de espalda/columna	<input type="checkbox"/> Cataratas R(____) L(____)	<input type="checkbox"/> Hernias	
<input type="checkbox"/> Cirujia del corazón	<input type="checkbox"/> Cirujia del seno / biopsia	<input type="checkbox"/> Cesaria	<input type="checkbox"/> Otra _____

Historia Familiar

Encierre problemas medicos

Madre	Diabetes	Cancer de Colon	Cancer de seno	Presion Alta	Ataque al corazón	Otro _____
Padre	Diabetes	Cancer de Colon	Cancer de seno	Presion Alta	Ataque al corazón	Otro _____
Hermanos	Diabetes	Cancer de Colon	Cancer de seno	Presion Alta	Ataque al corazón	Otro _____
Hermanas	Diabetes	Cancer de Colon	Cancer de seno	Presion Alta	Ataque al corazón	Otro _____
Hijos	Diabetes	Cancer de Colon	Cancer de seno	Presion Alta	Ataque al corazón	Otro _____
Abuelas	Diabetes	Cancer de Colon	Cancer de seno	Presion Alta	Ataque al corazón	Otro _____
Abuelos	Diabetes	Cancer de Colon	Cancer de seno	Presion Alta	Ataque al corazón	Otro _____

Historia Social

Ocupacion _____ **Pasatiempos** _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)

Cigarrillo/ o Tabaco Presente # al día _____ Pasado Nunca Año que paro _____

Uso de Alcohol: nunca Licor _____ diario / semanal / mensual Cerveza _____ diario / semanal / mensual Vino _____ diario / semanal / mensual

Drogas: nunca presente pasado A que edad comenzo _____



Reyes and Reyes, MD, PA

Better Health Starts Here

Por favor especifique cuando fue la ultima vez que tuvo los siguientes exámenes:

EXAMEN	FECHA (mes y año)
Examen de densidad osea	
Colonoscopia	
Electrocardiograma	
Examen de Ojos	
Examen Fisico	
Mamografia	
Papanicolao	
Examen rectal	
Examen de prostate	
Vacuna contra la gripe	
Vacuna contra la neumonia	

NOMBRE Y NUMERO DE FARMACIA: _____

DIRECCION DE FARMACIA: _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

IDIOMA DE PREFERENCIA: _____

ESPECIALISTAS QUE VE REGULARMENTE:

Especialidad

Nombre y numero de telefono:

Firma del paciente: _____

Fecha de hoy : _____