ABC MEDICAL CENTER

Always the Best Care!

CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

(Marque todas las que corresponde)

- ❑ RADIO
- ❑ CORREO
- ❑ INTERNET
- ❑ FAMILIAR O AMIGO
- ❑ OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE) _____

ABC MEDICAL CENTER

Always the Best Care!

ATENCIÓN PACIENTES!!

A PARTIR DE MARZO DEL 2015 INMIGRACIÓN REQUIERE UN INTÉRPRETE, SI USTED NO SABE HABLAR, ESCRIBIR O LEER INGLÉS. ESTA PERSONA TIENE QUE PRESENTARSE CON USTED CUANDO VENGA POR SUS DOCUMENTOS. EL INTÉRPRETE TIENE QUE SER MAYOR DE 18 AÑOS, TAMBIÉN NECESITAREMOS NOMBRE, DIRECCIÓN, Y NÚMERO DE TELÉFONO. EL INTÉRPRETE TENDRÁ QUE FIRMA LOS DOCUMENTOS

ABC MEDICAL CENTER

Always the Best Care!

INTERPRETE

(ESTA PERSONA DEBE SER MAYOR DE 18 AÑOS Y TIENE QUE VENIR CON USTED DENTRO DE UNA SEMANA PARA FIRMAR SUS DOCUMENTOS)

Nombre del intérprete: _____

_____

Direccion:_____

_____

Numero de telefono:_____

_____ Firma del Paciente

_____ Fecha

Información del paciente

Nombre:_____

Fecha de nacimiento:_____ ❑ Hombre ❑ Mujer

SS#:_____ Correo Electrónico:_____

Direccion:_____ Apt#:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

de Teléfono:_____ Celular:_____

Empleo:_____ # Telefónico:_____

¿Podemos hablar a su trabajo? ❑Si ❑No

Contacto de Emergencia

Nombre:_____ # de Teléfono:_____

Relación:_____ Celular:_____

Nombre:_____ # de Teléfono:_____

Relación:_____ Celular:_____

Autorizo que el pago vaya directamente ABC MEDICAL CENTER en todos los cargos realizados por los servicios médicos proporcionados al paciente mencionado anteriormente. También autorizo a divulgar y solicitar cualquier información necesaria para poder procesar las reclamaciones hechas por dichos servicios.

Antecedents Medicos

Usted alguna vez o ha tenido lo siguiente:

- ❑ Diabetes
- ❑ Alta Presion
- ❑ Colesterol Alto
- ❑ Hipotiroidismo
- ❑ Coto
- ❑ Soplo Cardiaco
- ❑ Neumonia
- ❑ Embolia Pulmonar
- ❑ Asma
- ❑ Enfisema
- ❑ Enfermedad Crohn
- ❑ Colitis
- ❑ Anemia
- ❑ Ictericia
- ❑ Hepatitis
- ❑ Cancer (tipo)_____
- ❑ Derrame
- ❑ Psoriasis
- ❑ Angina
- ❑ Úlcera Estomacal
- ❑ Cataratas
- ❑ Enfermedad del Riñón
- ❑ Fiebre Reumática
- ❑ Tuberculosis
- ❑ VIH/SIDA
- ❑ Cálculos renales
- ❑ Problemas del Corazón

Otras Condiciones Médicas:_____

_____

Antecedentes Medicos familiares:

Madre:

- ❑ Diabetes
- ❑ Alta Presion
- ❑ Colesterol Alto
- ❑ Hipotiroidismo
- ❑ Epilepsia
- ❑ Derrame
- ❑ Cancer:_____

Padre:

- ❑ Diabetes
- ❑ Alta Presion
- ❑ Colesterol Alto
- ❑ Hipotiroidismo
- ❑ Epilepsia
- ❑ Derrame
- ❑ Cancer:_____

Historia Reproductiva de la Mujer

Edad de su primer periodo:_____ Último ciclo menstrual:_____
de Embarazos:_____ # Abortos espontaneos:_____
Abortos:_____ Has llegado a la menopausia? ❑ Si ❑ No
¿A qué edad?_____ Tiene periodos regulares? ❑ Si ❑ No

Medicamentos Actuales

¿Alergias a medicamentos? ❑ Si ❑ No
¿A que le tiene alergia?_____
Por favor escriba una lista de medicamentos que está tomando ahora. Incluya medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Farmacia

Nombre:_____ Dirección:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Codigo Postal:_____
de Teléfono:_____

Habitos

¿Alcohol?❑ Si ❑ NO ¿Cuántas bebidas al día?____ por semana _____
Que tipo?_____
¿Tabaco? ❑ Si ❑ No ❑ Mastica ❑ Fuma Cuantos al Dia?_____
¿Cafeína? ❑ Si ❑ No ¿Qué tipo?_____ Cuántos al día?_____
¿Usted conduce? ❑ Si ❑ No Usa cinturón de seguridad? ❑ Si ❑ No
¿Hace ejercicios? ❑ Si ❑ No ¿Cuántas veces a la semana? _____

Antecedentes Quirúrgicos (por favor indique fecha si recuerda)

- ❑ Ninguno
- ❑ Cataratas _____ ❑ Lasik _____
- ❑ Amigdalectomía _____ ❑ Tiroidectomía _____
- ❑ Adenoidectomía _____ ❑ Bypass Coronario _____
- ❑ Stent Cardíaco _____ ❑ Marcapasos Cardíaco _____
- ❑ Valvula del corazon _____ ❑ Vesícula _____
- ❑ Apendicectomía _____ ❑ Resección de intestino/estómago _____
- ❑ Histerectomia _____ ❑ Endoscopia _____
- ❑ Colonoscopia _____ ❑ Hernia _____
- ❑ Cirugía de la columna _____ ❑ Ligadura de Trompas _____
- ❑ Cirugía de vejiga _____ ❑ Cirugia de prostata _____
- ❑ Cesarea _____ ❑ Articulaciones Ortopédicas _____
- ❑ Otras cirugías:_____

_____ Firma del Paciente

_____ Fecha

Reconozco que la información de arriba se ha llenado a mi mejor conocimiento.

Reconocimiento del Cliente

Nombre del paciente :_____
Fecha de nacimiento:_____

"I understand that, in the opinion of Always Best Care Medical Center Providers and staff, the service or items that I have requested to be provided to me on _____ (date) may not be covered under my insurance health plan as being reasonable and medically necessary for my care. I understand that the HHSC or it's health insurance agent determines the medical necessity of the service or item that I request and receive. I also understand that I am responsible for my payment of the service or item I request and receive, if this service or items are determined not to be reasonable and medically necessary for my care"

"Yo comprendo que, segun la opinion de Always Best Care Medical Center y sus Proveedores, es posible que mis Aseguranza Médica no cubra los servicios o los análisis que el proveedor solicite _____ (fecha) por no considerarlos una necesidad para mi salud. Comprendo que mi seguro médico o el agente de seguros de salud determinan la necesidad médica de los servicios o de las provisiones que el cliente solicite o reciba. También comprendo que tengo la responsabilidad de pagar los servicios o provisiones que solicite y reciba, si estos servicios y provisiones no son razonable necesarios para mi salud"

_____ _____

Member Signature **Date**
Firma del Miembro **Fecha**

_____ _____

Provider Representative **Date**
Representante del Proveedor **Fecha**

Inmunizaciones requeridas por Immigracion

La siguientes inmunizaciones son requeridas:

Nombre de las Vacunas	Edad requerida	Precio
Paperas, Sarampion & Rubeola (MMR)	De 1 ano para arriba	$100
Tetano (TDAP)	De 1 ano para arriba	$25
Varicela (chicken pox)	De 1 ano para arriba	$155
Influenza (flu shot) Oct. 1 - Marzo 31	De los 6 meses para arriba	$25

Si el paciente está entre la edad de 2 y 15, es requerido tener todas las vacunas que pide el Departamento de Servicio Humanos. Una cartilla de Vacunas es requerida al momento de la cita, ya que las vacunas serán administradas hoy.

También estos exámenes será requeridos:

1) **QUANTIFERON TB GOLD** **$200**

Es un examen de sangre el cual se hace para detectar la tuberculosis o si alguna vez estuvo expuesto a la bacteria que la causa. Los resultados estarán listos en 4-5 días hábiles. La prueba cuetana (brazo) de tuberculosis ya no es válida para inmigracion.

2) **Examen de SIFILIS** **$15**

Sífilis es una enfermedad de transmisión sexual. Para este examen es requerido un examen de sangre. Si los resultados salen negativos, no se requiere más estudios, si los resultados son positivos se requiere pasar consulta con el doctor y recibir tratamiento. Tendría que regresar con dos semanas para repetir el examen.

3) **Examen de GONORREA** **$100**

Gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual. Para este examen es requerido una muestra de orina. Si los resultados salen negativos, no se requiere más estudios pasar a consulta con el doctor y recibir tratamiento. Tendría que regresar en dos semanas para repetir el examen.

Examen Fisico **$100**

SU PRECIO FINAL PUEDE VARIAR DEPENDIENDO DE LAS VACUNAS DADAS.

Firmando abajo declaro que he leído, entendido y estoy de acuerdo sobre la información que se me ha dado sobre los exámenes de inmigracion sus procedimientos y precios. Una copia también estará disponible para el paciente, siempre y cuando la pida.

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

ABC MEDICAL CENTER

Always the Best Care!

POR FAVOR DE LLENAR EL FORMULARIO EXACTAMENTE COMO LOS PAPELES DE INMIGRACION

IMPRIME CLARAMENTE

Primer Nombre:_____

Segundo Nombre:_____

Apellido:_____

Fecha de Nacimiento:_____ ❑ Mujer ❑ Hombre

Direccion:_____

Número de Teléfono:_____

Ciudad de Nacimiento:_____

País de Nacimiento:_____

Número A (si tiene uno):_____

NOTA: SE HARÁ UN CARGO DE $25 POR CUALQUIER CAMBIO O CORRECCIONES QUE SE TENGAN QUE HACE DESPUÉS DE QUE LOS DOCUMENTOS SEAN ENTREGADOS.

AFIRMÓ QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA

_____ Firma del paciente

_____ Fecha