Michael H. Tarlowe MD PA

Información de Paciente

Fecha: _____
SS/HIC/ PT ID: _____
Nombre: _____
_____
Dirección: _____
_____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Correo Electrónico:
_____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Sexo: □ M □ F

□ Casada/o □ Viuda/o □ Soltera/o □ Menor
□ Separada/o □ Divorciada/o □ Pareja por ____ años.

Ocupacion: _____
Empleador/Colegio: _____
Dirección de Empleador/Colegio:
_____
_____
Numero de Teléfono de Empleador/ Colegio:
_____
Nombre de Pareja: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____
Empleador de Pareja: _____
¿A quien le podemos agradecer por la recomendación?

Numero de Teléfono

Teléfono de casa: _____
Teléfono celular: _____
El mejor momento para comunicarnos con usted: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR:
Nombre: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono celular: _____
Teléfono de trabajo: Ext.

Seguro Medico

Seguro Primario: _____
ID #: _____ Grupo #: _____
Fecha de nacimiento: _____ SS: _____
Nombre de Subscriptor: _____

Seguro Secundario: _____
ID #: _____ Grupo #: _____
Fecha de nacimiento: _____ SS: _____
Nombre de Subscriptor: _____

ASIGNACION Y LIBERACION DEL SEGURO
Certifico que tengo cobertura de seguro con
_____
Y asignar directamente a Dr. _____
todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.
El medico mencionado anteriormente puede usar mi información de atención medica y puede divulgar dicha información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento terminara cuando se complete el plan de tratamiento actual o un ano después de la fecha firmada a continuación.

AUTORIZACION DE MEDICARE
Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y, si corresponde, los beneficios de Medigap, se realice a mi o en mi nombre a
_____
Por cualquier servicio que me brinde ese proveedor, En la medida en que lo permita la ley, autorizo a cualquier titular de información medica o de otro tipo sobre mi a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a mi aseguradora Medigap y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

_____
Firma de Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

_____
Escriba el nombre de Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

_____
Fecha Relación al paciente

Historial Familiar

Fecha del ultimo examen físico: _____

¿Cual es la razón de su visita? _____

COMPRUEBE LAS ENFERMEDADES QUE HAN OCURRIDO EN CUALQUIERA DE SUS **FAMILIARES DE SANGRE:**

□ Alzheimer	□ Cáncer	□ Presión Alta	□ Polio
□ Anemia	□ Diabetes	□ Colesterol Alto	□ Fiebre Reumática
□ Ansiedad	□ Depresión	□ Trastorno articular	□ Accidente Cerebrovascular
□ Alergias	□ Epilepsia	□ Osteoporosis	□ Ulcera estomacal
□ Artritis	□ Desorden Genético	□ Trastorno del hígado	□ Abuso de sustancias
□ Asma	□ Glaucoma	□ Enfermedad Pulmonar	□ Trastorno de tiroides
□ SIDA/VIH	□ Gota	□ Sarampión	□ Otra_____
□ Problema de Espalda	□ Enfermedad del corazón	□ Migrañas	_____
□ Desorden Sangrante	□ Problemas del corazón	□ Trastorno de la piel	_____
□ Transfusión de Sangre	□ Hepatitis- A, B, C	□ Neumonía	_____

Michael H. Tarlowe MD PA

HISTORIAL MEDICO

Marque (✓) síntomas que tiene actualmente o ha tenido en el ultimo ano. (Toda la información es estrictamente confidencial)

Describir enfermedades graves o operaciones _____

_____

GENERAL

- □ Escalofríos
- □ Depresión/ Ansiedad
- □ Fiebre
- □ Fatiga
- □ Dolor de cabeza
- □ Pérdida del Sueno
- □ Perdida de peso
- □ Debilidad
- □ Suda

MUSCULO/ARTICULACION/HUESO

Dolor, debilidad, entumecimiento en:

- □ Brazos □ Caderas
- □ Espalda □ Piernas
- □ Pies □ Cuello
- □ Manos □ Hombros

GENITOURINARIO

- □ Sangre en la orina
- □ Micción Frecuente
- □ Falta de control de la vejiga
- □ Micción dolorosa

GASTROINTESTINAL

- □ Poco Apetito
- □ Hinchazón/ Gas
- □ Cambios Intestinales
- □ Estreñimiento
- □ Diarrea
- □ Hemorroides
- □ Nauseas
- □ Sangrado Rectal
- □ Dolor Abdominal
- □ Vómitos
- □ Absceso/ Fistula anal
- □ Fisura anal
- □Verrugas anales
- □ Prurito/ sarpullido anal
- □ Sangre en las heces
- □ Hernia
- □ Dolor Anal

OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA

- □ Visión borrosa/ doble
- □ Dificultad para tragar
- □ Ronquera
- □ Pérdida de audición
- □ Hemorragias nasales
- □ Tos persistente
- □ Sinusitis/ Alergias

PIEL

- □ Se magullan con facilidad
- □ Picazón/erupción/Urticaria
- □ Cambio de lunares
- □ Cicatrices
- □ Dolor que no cura

CARDIOVASCULAR

- □ Dolor de pecho
- □ Presión arterial alta/baja
- □ Latido Cardiaco irregular/ rápido
- □ Mala circulación
- □ Hinchazón de tobillos
- □ Varices

Solo HOMBRES

- □ Dificultad de erección
- □ Bulto en los testículos
- □ Secreción del pene
- □ Dolor en el pene
- □ Otro

Solo MUJERES

- □ Prueba de Papanicolaou anormal
- □ Bulto en el seno
- □ Sofocos
- □ Relaciones sexual dolorosa
- □ Secreción Vaginal
- □ Otro

Fecha de ultimo periodo_____

Has tenido ¿Una mamografía? _____

¿Estas Embarazada? _____

Marque (✓) condiciones que tiene o ha tenido en el pasado.

- □ SIDA
- □ Apendicetomía
- □ Artritis
- □ Asma
- □ Trastornos Hemorrágicos
- □ Cáncer
- □ Cataratas
- □ Dependencia Química
- □ Hipertensión
- □ Diabetes
- □ Enfisema
- □ Epilepsia
- □ Glaucoma
- □ Enfermedad Cardiaca
- □ VPH
- □ Herpes
- □ Colesterol Alto
- □ VIH Positivo
- □ Enfermedad Renal
- □ Enfermedad del hígado
- □ EII
- □ Dolores de cabeza por migraña
- □ Esclerosis múltiple
- □IBS
- □ Marcapasos
- □ Problema de próstata
- □ Enfermedad Vascular Periferica
- □Enfermedad Pulmonar
- □ Accidente Cerebrovascular/ AIT
- □ Problemas de tiroides
- □ Ulceras

MEDICACIONES / ALERGIAS

Liste los medicamentos que esta tomando actualmente:

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre de Farmacia _____

Numero de Teléfono _____

Liste las alergias a medicamentos o sustancias.

_____

_____

HABITOS SALUDABLES

Marque (✓) cual usas y cuanto.

□ Cafeína _____ □ Drogas Callejeras _____

□ Tabaco _____ □ Otro _____

Marque (✓) si tu trabajo te expone a:

□ Estrés □ Levantar objetos pesados

□ Sustancias Peligrosas □ Otro _____

Tu ocupación _____

Peso: Altura:

SIGNATURES

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi medico si yo, o mi hijo/a menor, alguna vez tenemos un cambio de salud.

_____ _____

Firma de Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal — Fecha

_____ _____

Escriba el nombre de Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal — Relación al paciente

_____ _____

Revisado por — Fecha

Michael H. Tarlowe MD PA

CONCIENCIA DEL PACIENTE HIPPA

Con mi permiso, el Dr. Michael Tarlowe puede usar y divulgar información medica protegida (PHI) sobre mi para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención medica (TPO). Consulte el Aviso de practicas de privacidad del Dr. Michael Tarlowe para obtener descripciones mas completas de dichos usos y divulgaciones.

Tengo derecho a revisar el Aviso de practicas de privacidad antes de firmar este consentimiento. El Dr. Michael Tarlowe se reserva el derecho de revisar su Aviso de practicas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de practicas de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Con mi permiso, la oficina del Dr. Michael Tarlowe puede llamar a mi casa u otras ubicaciones designadas y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la practica a llevar a cabo la TPO, como recordatorios de citas, elementos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi permiso, la oficina del Dr. Michael Tarlowe puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación designada cualquier articulo que ayude a la practica a llevar a cabo la TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuenta del paciente, siempre que estén marcados como Personal o Confidencial.

Con mi permiso, la oficina del Dr. Michael Tarlowe puede enviar por correo electrónico a mi casa u otra ubicación designada cualquier articulo que ayude a la practica a llevar a cabo la TPO, como tarjetas recordatorias de citas y estados de cuenta del paciente. Tengo derecho a solicitar que el Dr. Michael Tarlowe restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la practica no esta obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, per si lo hace, obligada por este acuerdo.

Al firmar esto, le permito al Dr. Michael Tarlowe usar y divulgar mi PHI para TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la practica ya haya hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo.

_____
Firma del paciente o tutor legal

_____ _____
Nombre del paciente o tutor legal Fecha

Michael H. Tarlowe MD PA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Al firmar a continuación, por la presente doy permiso a la consulta del Dr. Michael Tarlowe para acceder a los datos de mis beneficios de farmacia de forma electrónica a través de SureScripts. Este consentimiento permitirá que la practica del Dr. Michael Tarlowe:

1. Determine los beneficios de farmacia y los copagos de medicamentos para el plan de salud de paciente.

2. Verifique si un medicamento recetado esta cubierto (en el formulario) según el plan del paciente.

3. Determine si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica a las farmacias de pedidos por correo y, de ser así, prescriba electrónicamente a estas farmacias.

4. Descargue una lista histórica de todos los medicamentos recetados a un paciente por cualquier proveedor.

En resumen, le pedimos su permiso para obtener información del formulario e información sobre otras recetas recetadas por otros proveedores que utilizan SureScripts.

_____
Firma del paciente o tutor legal

_____ _____
Nombre del paciente o tutor legal Fecha

Michael H. Tarlowe MD PA

POLITICA FINANCIERA
Acuerdo Financiero del Paciente

La oficina de Michael H. Tarlowe, MD PA esta comprometida a servir a nuestros pacientes con profesionalismo y cariño, y de nuestros pacientes esperamos el mismo compromiso. Esto incluye llegar a tiempo a su cita y llamar para cancelar una cita si no puede asistir. También incluye responsabilidad financiera, como presentar su identificación y tarjetas de seguro en cada cita y hacer sus pagos de copago y deducible en el momento de su visita al consultorio con efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Su responsabilidad es proporcionarnos información precisa y completa sobre los beneficios médicos de su seguro primario y secundario, incluidos los documentos de referencia de otros proveedores. Como cortesía, nuestra oficina presentara su reclamo de seguro por usted. Si es paciente de Medicare, le facturaremos a Medicare y a su seguro secundario.

Para los servicios fuera de nuestra oficina, como radiología, laboratorio, centros de cirugía y servicios de anestesia, es su responsabilidad saber que instalación debe utilizar. Si no esta seguro, hable con los servicios para miembros de su seguro o con uno de nuestro personal antes de programar la cita.

Contrato de responsabilidad financiera del paciente

Lea, coloque sus iniciales en casa espacio en blanco y firme donde se indica: este documento describe sus responsabilidades financieras.

Este es un contrato legalmente vinculante entre Michael H. Tarlowe y usted. Las palabras, yo, yo, mi, usted y todos ustedes se refieren al paciente.

_____ (inicial) Acepto ser financieramente responsable del pago de los servicios de Michael H. Tarlowe MD PA. El efectivo, cheque o tarjetas de crédito son formas de pago aceptables para esos servicios. Entiendo que habrá un cargo de $25.00 por todos los cheques devueltos.

_____ (inicial) Se deben presentar tarjetas de seguro vigentes en casa visita al consultorio. Acepto pagar cualquier saldo restante en mi cuenta por cualquier motivo al recibir un estado de cuenta y entiendo que cuando se me solicite, debo darle a Michael H Tarlowe MD PA mi dirección actual y otra información de contacto. Entiendo que, si no pago el saldo de mi cuenta, esto puede resultar en que Michael H. Tarlowe MD PA busque cualquier medio de cobro posible.

_____ (inicial) Acepto brindarle a Michael H Tarlowe MD PA mi información de seguro completa y precisa para los beneficios del seguro primario y secundario, incluidos los documentos de referencia de otros proveedores, si es necesario. Entiendo que, si no doy información completa y precisa sobre los beneficios de mi seguro, esto puede resultar en la denegación de mi reclamo o en un retraso en el pago. Acepto pagarle a Michael H Tarlowe MD PA el saldo de mi cuenta después de que se haya procesado mi reclamo de seguro.

_____ (inicial) Acepto que, si el beneficio de mi seguro requiere que proporcione una derivación y si la derivación no esta en su lugar antes de mi cita, pagare por adelantado una estimación de los cargos de mi visita al consultorio o reprogramare mi cita.

_____ (inicial) Entiendo que mi seguro puede estar de acuerdo o no con los cargos habituales, habituales o razonables para mi área local. Entiendo que mis beneficios pueden no cubrir todos los servicios o pueden negar el pago de los servicios que han sido aprobados por adelantado. Acepto pagar el saldo restante de mi cuenta después de que se haya procesado del seguro.

_____ (inicial) Si tengo una póliza de deducible alto o no tengo beneficios de seguro actualmente, acepto pagar un estimado de los cargos por mi visita al consultorio por adelantado y entiendo que pueden aplicarse otros cargos.

Michael H. Tarlowe MD PA

_____ (inicial) Michael H. Tarlowe MD PA tiene un contrato con mi compañía de seguros. Michael H. Tarlowe MD PA recibirá pagos de mi compañía de seguros por los servicios cubiertos proporcionados por los beneficios de mi seguro. Acepto pagar copagos y deducibles al momento del servicio. Si no se hacen copagos en el momento del servicio, entiendo que mi cita puede ser reprogramada.

_____ (inicial) Si mi cuenta se vuelve delincuente, puede ser enviada a una agencia de cobranza externa sin previo aviso. Si esto sucede, seré responsable de todos los costos de cobranza, incluidos, entre otros, los intereses, los honorarios de facturación, los costos judiciales, los honorarios de abogados y los costos de la agencia de cobranza.

He leído y entiendo las políticas financieras de Michael H. Tarlowe MD PA y acepto la responsabilidad del pago de cualquier tarifa asociada con mi atención.

_____ _____

Firma del paciente o tutor legal Fecha

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios médicos, incluidos los beneficios médicos a los que tengo derecho a Michael H. Tarlowe MD PA. Estas es una ASIGNACION DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la cancele por escrito. Una copia de esta autorización es tan valida como el documento original.

Autorizo la divulgación de cualquier información medica necesaria para obtener el pago y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, recargos por mora, interés, honorarios de abogados y cargos de cobranza considerados responsabilidad del paciente por mi compañía de seguros. Entiendo que, si no estoy asegurado, soy responsable de los cargos de todos los servicios que se me brinden. Autorizo a Michael H. Tarlowe MD PA a depositar los cheques recibidos en mi cuenta cuando estén a mi nombre.

He leído y entiendo las políticas financieras de Michael H. Tarlowe MD PA y acepto la responsabilidad del pago de cualquier tarifa asociada con mi atención.

_____ _____

Firma del paciente o tutor legal Fecha

_____ _____

Firma del testigo Fecha