

William T. Klope, M.D.

Por favor de completar todos los espacios debajo. Esta informacion sera guardada en un lugar extrictamente confidencial. Traiga la tarjeta de aseguranza correcta y por su proteccion traiga su tarjeta de Identificacion (ID). Y Radiografias que sean necesarias para su cita y su copago seran requerido el dia de su cita sin excepcion. (Por la ley FTC Red Flag) Talvez no prodremos atenderlo sin ella. Para menores de edad necesitamos la ID con foto del Padre o Madre.

Fecha _____

Informacion del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ (I) _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

(Tel casa) _____ (Cell) _____ (Trabajo) _____

Correo Electronico _____

Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Genero Sexual (M) _____ (F) _____ Estudiante si _____ no _____ Edad _____

Numero de Licencia _____ Estado _____ SS# _____

Nombre del
Empleador _____ Direccion _____

Encaso de Emergencia Llamar a _____ Tel _____

Farmacia y Locacion _____

Aseguranza Primaria

Nombre en la poliza _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____

Numero de poliza _____

Aseguranza Secundaria

Nombre en la poliza _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____

Numero de Poliza _____

Dr. Primario _____ Tel _____

Dr. De referencia _____ Tel _____

Yo Autorizo que mis Numeros de telefono sean usados para propositos Medicos y Colecciones.

Si _____ No _____ Firma _____

William T. Klope, M.D.

Por que esta oficina se preocupa por la privacidad del paciente le sugerimos que lea y firme lo siguiente para cumplir con la ley de privacidad de HIPPA.

Yo doy permiso para que mi informacion medica **relacionada con mi tratamiento con William T. Klope M.D.** Solamente sea compartida con Doctores relacionados con algun tratamiento necesario durante el cuidado medico de William T. Klope, M.D.

Si _____ No _____

Tambien le pedimos que por favor asista a su cita. Habra un cobro de \$25 por citas no canceladas con 24 horas de anticipacion. Cancelaciones para cirugias de Vasectomias habra un cobro de \$100 y \$50 para cualquier otra cirugia los cobros seran requeridos antes de hacer su siguiente cita con William T. Klope, M.D.

Si necesitamos contactarlo por Telefono cuales son los numeros de preferencia.

1# _____ 2# _____ Podemos dejar mensajes?

Por Ejemplo: Resultados de Laboratorio, o algun otro mensaje medico en su maquina de mensaje o con cualquier persona que conteste el telefono. Si _____ No _____

Me han informado de la privacidad de la oficina y la ley de HIPPA las reglas de citas canceladas y cirugias se me an explicado y lo he entendido.

Firma

Fecha

Imprima su Nombre

Por favor de llamar con anticipacion para cancelar su cita si no puede asistir Gracias

William T. Klope, M.D

Asignacion de Beneficios

Responsabilidad Financiera

Yo Entiendo que mandar la factura de cobro ala aseguranza es un servicio de cortesia y que es mi responsabilidad con la oficina de William T. Klope, M.D. de cualquier balance no cubierto por mi aseguranza y de avisar ala oficina de William T. Klope, M.D. de cualquier cambio de covertura con mi compania de aseguranza. En algunos casos no es posible determinar sus beneficios correctamente el dia de su consulta y sera decidido cuando su aseguranza reciba la factura de cobro. Yo entiendo que al firmar esta forma hacepto mi responsabilidad de pago por algun servicio medico y materiales recibidos no cubiertos por mi aseguranza.

Asignacion de Beneficios

Yo autorizo que cualquier pago de mis aseguranzas de beneficios incluyendo Medicare en caso de ser beneficiario de Medicare a William T. Klope, M.D. por todos los servicios medicos y materiales recibidos durante el curso de mi tratamiento y cuidado y seguira estando en efecto esta autorizacion hasta que continue con mi tratamiento con William T. Klope, M.D. y la copia se guardara en su expediente mientras este elegible con cualquier aseguranza que aplique para el tratamiento consecuente, o servicio medico y materiales provenientes de William T. Klope, M.D.

Authorization to Release Information

Yo autorizo ceder cualquier information Financiera de la Administracion de Salud, a mi portador de aseguranza o cualquier otra entidad necesaria que determine beneficios pagadero relacionados con servicios medicos o materiales proporcionados por William T. Klope, M.D. una copia de mi autorizacion sera enbiada a la Financiera de la Administracion de Salud, a mi portador de aseguranza, si es solicitada. La autorizacion sera guardada en su expediente en la oficina de Willian T. Klope, M.D.

Paciente/Asegurado (Inprinta su nombre)

Paciente/Asegurado (Firma)

Fecha de firma

William T. Klope, M.D.

Poliza Financiera

Todas las responsabilidades de cuotas de los pacientes, incluyendo, **deductibles, copagos y porcentajes son requeridos el dia de su visita o servicios incluyendo cirugias y seran colectados antes de cualquier procedimiento.** Es nuestra poliza de nuestra oficina collectar cualquier copago el dia de su cita.

Como cortesia, nuestra oficina llamara y mandara la factura a su compania de aseguranza para obtener sus beneficios. Esto no es garantia que su aseguranza pagara. Es su responsabilidad que este al tanto de sus beneficios y cambios de su aseguranza. **(Por favor entereze y entienda sus beneficios el dia de sus servicios. No es responsabilidad de nuestro personal de saber sus beneficios.)**

Pacientes cubiertos por **Medicare solamente** se espera colectar su porcion del 20% de su copago el dia de su cita. **El deductible de Medicare del 2018 es \$183.00** y se necesita estar satisfecho para que Medicare pague su factura. **No estamos contratados con Medi-Cal por esa razon udsted es responsable de copagos y deductibles.** Inicié: _____

Esta oficina acepta como pagos en forma de efectivo, cheques, MasterCard/Visa y Debito. **Habra un cobro de \$30.00 de sobrecargo por cheques devueltos.**

Aremos lo mejor que sea posible para llamar a su aseguranza y obtener su informacion de beneficios y recuerde que **al final es responsabilidad del paciente** y es importante entender sus beneficios el dia de sus servicios. **No hay ninguna garantia de pago hasta que la factura sea procesada.**

*******Porfavor entereze y entienda sus beneficios de su Aseguranza*******

Le pedimos que si necesitamos que mandar una factura de cobro, que trate de pagar su balance la primera vez que reciba su cuota. Haci evitara un cobro de \$5.00 que se cobra por cada bill adicional que sea enviado(a menos que se haga hecho un acuerdo de pago)
Tambien hay una tarifa de 1.5% que se aplicara a su balance que pase mas de 30 dias.
Gracias por su colaboracion y comprension.

Yo eh leido y entiendo la poliza Financiera de la oficina de William T. Klope, M.D.

Firma del Paciente: _____ Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____
Alergias o Reacciones que tenga un efecto secundario causado por algun medicamento.

HISTORIA SOCIAL

Estado Marital: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a
 Cuantos hijos tienes? _____
 Cual es su oficio? _____ Retirado?
 Tiene sexo sin proteccion? Si No
 Ase ejercicio ocasionalmente? Si No

Substancias: Marque todo el que aplique (✓) No importa si es pasado o presente.

Substancias	Nunca	Presente	Pasado	Cantidad por dia
Caffeina				
Tabacco				
Alcohol				
Drogas				

Historia Medica del Paciente

Tiene o atenido las siguiente condiciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Enfermedades del los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Alta Precion | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Hataques del Corazon | Que tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Alto Colesterol | <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias | Que tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Altos niveles de la Prostata en la sangre | <input type="checkbox"/> Infertilidad? |
| <input type="checkbox"/> Problemas Testiculares | <input type="checkbox"/> Sirugias (anote cuales son) |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones | _____ |

Historia Medica Familiar

Alguien en su familia tiene lo siguiente? Especificque la relacion y edad cuando comenzo el problema?

- | | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| Alta Precion | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Piedras en los Riñones | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Problemas del corazon | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Diabetes | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Problemas del Riñon | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Derrame cerebral | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Problemas del la Vejiga | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Problemas de la Prostata | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Cuagulos en las piernas o en el pulmon | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cancer | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Que tipo? _____ | | Otro explique _____ | |
| Desorden de sangrado o cuagulos | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| Su Madre vive? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| Su Padre vive? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

Medicamentos que esta tomando

Cual es la razon de su visita?

Algun otro problema medico?

Sintomas

Circule todo el que aplicué de lo que va en este AÑO.

RESPIRATORIO

Bronquitis
Emfisema
Falta de Aliento.

GASTROINTESTINAL

Hernia de Haital
Ulceras
Colitis
Dolor Abdominal
Sangre en la evacuacion

**CONSTITUCIONAL
SISTEMA:**

Escalofrios
Pérdida de peso reciente
Cambio de Apetito
Dolores de cabeza
Cancer
Deprecion

UROLOGICO

Piedras
Flujo lento de la orina
Accidentes de orina
cuando duerme.
Inavilidad de pasar orina
Infeccion del tracto
urinario
Sangre en la orina
Dificultad para vaciar la
vejiga
Tiene Dolor?
Donde?

CARDIOVASCULAR

Arritmia
Pulso Irregular
Murmur del corazon
Enfermedades de la
valvula
Alta Precion
Ataque del corazon
Angina
Flebitis
Problemas Circulatorios
Fiebre Reumatica

ENDOCRINA

Tiroides
Diabetes
Enfermedad Pituitaria

MUSCULOS/HUESOS

Dolor en las Articulaciones
Fracturas
Gota

PIEL

Tablillas
Erupciones/ Ronchas

NEUROLOGICO

Epilepsia
Accidente Cerebral
Enfermedad de Parkinson's.

NEFROLOGICO

Enfermedad Renal
Nefritis

HEMATOLOGICO

Hepatitis/Ictericia
amarilla
Tendencia de Sangrado
Glandulas Inchadas
HIV (SIDA)

FEMENINAS:

Numero de Embarazos:
Ultimo periodo
Menstrual: