



PLATINUM
women's health and wellness

Fecha: _____

Información sobre el paciente:

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

¿Cuál es el número preferido? (Ponga un círculo alrededor): Casa Celular

Estado civil: _____ Empresa: _____ Oficio: _____

Contacto de emergencia (alguien que no vive con usted):

Nombre y apellido: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

¿Cómo se enteró de este consultorio? (Círculo alrededor de uno de las siguientes opciones)

Internet Compañía de seguro. Directorio telefónico Anuncio Otro paciente Otro

Información del Esposo(a)/Pareja/Padre (Esp/Par/P)

Nombre de Esp/Par/P : _____ Fecha de Nacimiento de Esp/Par/P: _____ Número de Seguro Social: _____

Domicilio de Esp/Par/P (si es que es diferente del paciente): _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ No de dpto.: _____ Teléfono de casa
: _____ Celular #: _____

Trabajo #: _____ Empresa del Esp/Par/P: _____

****Por favor entregue toda tarjeta de seguro a la recepcionista para que le haga copias****

Yo autorizo tratamiento para la persona arriba mencionada. Autorizo que todo beneficio de seguro sea pagado directamente a *Platinum Women's Health and Wellness*. Adicionalmente explícitamente reconozco que mi firma en este documento constituye una autorización continua para que el medico presente reclamos por servicios otorgados sin obtener mi firma en cada ocasión y por cada reclamo presentado en mi nombre y/o para mis dependientes y que estaré comprometida por esta firma como si hubiese firmado el reclamo en cuestión.

Nótese: Si usted no tiene seguro, se espera que haga el pago completo en la fecha de su consulta.

Acepto la responsabilidad financiera por cualquier honorario médico incurrido en *Platinum Women's Health and Wellness*. Adicionalmente me comprometo a pagar todos los cobros de finanzas, gastos incurridos por la agencia de cobros, honorarios de abogados y cualquier otro costo que se pueda incurrir para recibir el cobro de cualquier saldo. También autorizo la revelación de toda información requerida por la compañía de seguro para procesar el reclamo.

Firma: _____ Fecha: _____



PLATINUM
women's health and wellness

Información Médica:

Fecha: _____

Nombre del paciente _____ **Fecha de**
nacimiento: _____

Razón por la
consulta: _____

Médico de cabecera: _____

Farmacia preferida: _____ **Ciudad:** _____ **Cruce:** _____

Alergias: _____ **Reacción:** _____

Última menstruación: _____ **Última papanicolaou:** _____ **Normal? Sí/No:**

Última mamografía: _____ **Normal Sí/No:** _____

Última colonoscopia: _____ **Normal? Sí/No:** _____ **Última tomografía DEXA:** _____ **Normal? Sí/No**

Historial de menstruación:

Edad al inicio: _____ **No. de días entre ciclos:** _____ **Duración:** _____

Enumere los tratamientos que está recibiendo p.ej.: asma, hipertensión, alto colesterol...

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historial quirúrgico: Enumere las cirugías que ha tenido:

Fecha _____	Tipo: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enumere los medicamentos que está tomando, inclusive vitaminas:

Historial clínico/familiar:

Número del paciente: _____

Fue adoptada? : Sí No

Marque con una X las condiciones que ha tenido usted o uno de sus padres, abuelos o hermanos:

Condiciones médicas	Ud.	Padre	Madre	Abuelo	Abuela	Hermana	Hermano
Alcohol							
Problemas con anestesia							
Asma							
Trastorno autoinmune							
Problema de los senos							
Cancer: tipo							
Depresión/Posparto							
Diabetes							
Enfermedades cardíacas							
Hepatitis/Problema del hígado							
Papanicolau anormal							
Transfusión de sangre							
Hipertensión							
Infecundidad							
Enfermedad renal							
Alergies al Latex							
Enfermedades/trastornos de los pulmones							
Trastorno neurológico							
Posiblemente expuesto al TB							
Trastornos psiquiátricos							
Drogas de consume recreativo							
Sensible a la Rh							
Alergias estacionales							
Trastornos de crisis							
Disfunción del tiroide							
Tabaco							
Trauma/Violencia							
Anomalías uterinas							
Varices/flebitis							

Historial Social:

Estado civil: _____

¿Fuma?: _____ ¿Fumaba en el pasado? _____ ¿Qué? _____ ¿Cuántos al día? _____

¿Bebe alcohol/cerveza?: _____ ¿Cuánto?: _____

¿Cuántas bebidas que contienen cafeína toma cada día?: _____

¿Hace ejercicio?: _____ ¿Qué tan frecuente?: _____

Historial de menopausia:

Edad al inicio: _____ ¿Está teniendo síntomas de menopausia?: _____
¿Está recibiendo hormonas?: _____ Tipo: _____

Historial sexual:

Nombre del paciente: _____

¿Tiene o ha tenido: (Circule si aplica)

Verrugas genitales HPV Herpes Chlamydia Gonorrea Trichomonas Sífilis

Número de parejas sexuales: en los últimos 6 meses _____ este último año _____ en los últimos 2 años _____ en toda la vida _____

Anticonceptivo que usa: _____

Oficio: _____

Historial Obstétrico:

¿Cuántas veces ha estado embarazada?: _____
¿Cuántos alumbramientos tuvo?: _____ ¿Cuánto niños están vivos?: _____
¿Cuántos nacimientos de término?: _____ ¿Cuántos nacimientos prematuros?: _____
¿Cuántos abortos espontáneos?: _____ ¿Cuántos no espontáneos?: _____

Enumere todos los alumbramientos:

Mes/Año	Semanas	Vaginal Sí/No	Peso del bebe	Problemas

Comentarios:

POLITICA FINANCIERA

- **Seguro.** Su póliza de seguro es un contrato entre su aseguradora y usted. El médico no se involucra en este contrato. Por contrato usted es el responsable de hacer su copago, coaseguro o cualquier saldo que se debe en la fecha del servicio prestado. Se acepta efectivo, cheques, Visa o Mastercard y Care Credit.
- **Sin seguro** El paciente que no tiene seguro debe cubrir el saldo completo en la fecha en que se le proporciona el servicio.
- **Sobre seguro** Podemos aceptar beneficios de seguro. Al recibir información actual de su seguro, le enviaremos una factura a la aseguradora. **Si su aseguradora no ha pagado su cuenta total dentro de 45 días, es posible que se le cobre a usted el saldo de forma automática.** Favor de tener en cuenta que algunos y tal vez todos los servicios proporcionados pueden ser unos que no cubren y no son considerados razonables y necesarios por Medicare y/o otros seguros médicos. Todo servicio que no está cubierto será cobrado al paciente.
- **Necesidad médica según Medicare** - Medicare solo pagará por servicios que estima “razonables y necesarios” según las leyes de Medicare. Si Medicare determina que un servicio particular que en otro instante sería cubierto no es considerado razonable y necesario, Medicare negará el pago por dicho servicio. Si Medicare niega el pago, usted será personalmente responsable por pagar el total.
- **Formularios FMLA, de discapacidad o de seguro** – Ningún plan cubre el llenar formularios como beneficio. Por ende, habrá un cobro de quince dólares por llenar todo formulario de FMLA y de discapacidad a corto o largo plazo u otros formularios de seguro.
- **El no presentarse/cancelaciones tardías** – Si es imprescindible que cancele su cita, necesita hacerlo con **24 horas de anticipación**. Pacientes que no se presentan o cancelan con menos de 24 horas de aviso tendrán que pagar un honorario de veinticinco dólares.
- **Niños** – El padre o madre que pide atención médica para su(s) hija(s) tiene la obligación de hacer el copago o coaseguro correspondiente en la fecha en que se proporciona el servicio. Nuestro consultorio no participa en el arreglo económico el padre o la madre y su hija.
- **Cheques sin fondos** – Habrá un cobro de treinta dólares por cheques sin fondo. Como consecuencia todo servicio de ahí en adelante tendrá que ser pagado en efectivo o con tarjeta de crédito.
- **Estados de cuenta** – Queda acordado que los cobros que aparecen en un estado de cuenta son correctos y razonables a menos que el paciente los proteste por escrito dentro de treinta días desde la fecha de la factura.
- **Colecciones** – Si su cuenta no pagada es referida a una agencia tercera que efectúa los cobros, será necesario comunicarse directamente con dicha agencia. Además, usted tendrá que pagar los honorarios de un cuarenta por ciento para la cobranza de la deuda.
- **Servicios no cubiertos** – Es la responsabilidad del paciente de tener conocimiento de su cobertura de seguro y presentar su tarjeta en cada consulta. Le rogamos se comunice con su aseguradora para repasar sus beneficios antes de ser atendido. Aunque reciba un número de pre-autorización desde su aseguradora, esto no garantiza que la aseguradora cubrirá los servicios.
- **Co-pago/Coaseguro**– se debe en la fecha en que se recibe el servicio.

He leído, entendido y estoy dispuesto a cumplir con la política financiera de Platinum Women's Health and Wellness.

X _____
Firma del paciente o persona responsable

Fecha



Formulario de autorización HIPAA

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Sección A:

Por el presente autorizo que se revele la información particular de salud tal como se describe a continuación. Entiendo que hago esta autorización de manera voluntaria y que si la entidad autorizada para recibir esta información no es un plan de seguro o una agencia de atención médica es posible que la información revelada no sea protegida por reglamentos federales de privacidad.

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Personas/entidades que proporcionan la información:
Crown Medical Group
25470 Medical Center Dr. Ste. 205
Murrieta, Ca. 92562

Personas/entidades que reciben la información
Platinum Women's Health and Wellness
25470 Medical Center Dr. Ste. 205
Murrieta, Ca. 92562

Tipo de información (con dato(s)): Expedientes médicos

Sección B:

El paciente o representante del paciente debe leer las siguientes declaraciones y reconocerlas al poner sus iniciales:

1. Entiendo que esta autorización se vencerá el ___/___/___ (DD/MM/AAAA) Iniciales: _____

2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a este consultorio, sin embargo si lo hago no tendría efecto sobre acciones que se tomaron antes de que se recibiera la revocación. Iniciales: _____

Firma del paciente o su representante
(Form MUST be completed before signing)

Fecha

Nombre y apellido del paciente o su representante en letras de molde: _____

Relación al paciente: _____

****USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION****