

Historia Del Paciente

Nombre: _____

Fecha: _____

Síntomas principales _____

Sus síntomas son:

Información Del Paciente

Estado Civil:

Ocupación: _____

Alergias: _____

Estatura: _____ Peso (en libras) _____

Usted:

Duerme Bien?	Si	No	Cuantas Horas? _____
Usa Alcohol?	Si	No	Cuanto? _____
Usa Tabaco?	Si	No	Cuanto? _____
Bebidas con Cafeína?	Si	No	Cuanto? _____
Drogas de calle?	Si	No	Cuanto, y Que? _____
Ase ejercicio?	Si	No	Cuanto? _____

Historia Medica:

Cirugías, Enfermedades o A sido Lastimado

Historia Medica De Familia:

Enfermedades _____

Revisión De Systema:

Chequea se tiene problema:

General

Fiebre

ENT

Visión

Cardio

Dolor en el Pecho

Pulmonar

Sentirse sin aire

Gastrointestinal

Diarrea

Genitourinarias

Frecuencia en Orinar

Músculo esquelético

Artritis

Piel

Erupción

Psiquiátricos

Depresión

Endocrino

Problemas de
Tiroides

Hematológicos

Sangrar o Magulladuras

Medicamentos:

Medicamento

Dosis

Como son Tomados

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Autorizacion Para Divulgar Informacion Medica

Yo autorizo a esta practicaa de hacer usos y divulgacion de mi informacion de salud protegida (informacion acerca de I y los registros financieros) como se indica a continuacion.

*Otros mas que a mi mismo, y el medico remitente,
esta informacion se debe divulgar a:*

Nombre:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Verificacion De Aseguranza

Las prestaciones se determinaran una vez que la reclamacion es recibida por su compania de seguros. Nuestra intalacion proporcionara el servicio de facturacion de su compania de seguros medicos. Usted es responsable de que nos de toda la informacion correcta y completa con respecto a su cobertura de seguro medico. Es tambien responsabilidad del paciente todos los deductibles, co-aseguranza, y co-pagos, si es requerido por su poliza de seguro. Si la compania de seguros niega nuestra demanda por razones que no podemos apelar, usted entiende que la balancia se convertira en su responsabilidad.

Como un paciente de pago en efectivo, usted entiende que la mitad del pago por los servicios prestados, se debera en el momento del servicio, y un plan de pagos se puede acer despues.

A tener no fondos suficientes, un cargo de \$15 se le aplicara si su cheque es devuelto. En ese caso, nosotros solamente aceptaremos dinero en efectivo, carta de credito, y orden de dinero para el pago.

Yo e leido y entiendo que este consentimiento para liberar los registros medicos y poliza financier.

Paciente/ Representante de paciente

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACION DE PACIENTE
*****Por Favor Imprima*****
Fecha De Hoy: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (casa): () _____ Numero de Trabajo: () _____ Ext: _____

Numero de Celular: () _____ Correo Electrónico: _____

En caso de emergencia, nombre y número de teléfono de pariente más cercano:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Numero de Licencia y Estado: _____ SS#: ____ - ____ - ____

Sexo: Femenino Masculino Estado Civil: S C D V Nombre de Esposo/a _____

Nombre del Médico de atención primaria: _____ Teléfono: () _____

INFORMACION DE GARANTE- Debe ser completado (por paciente o persona responsable)

Nombre de persona responsable/garante _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de Empleador: _____ Ocupación: _____

Domicilio de Empleador: _____ Teléfono: () _____

Ciudad y Estado y Código Postal: _____ SS# ____ - ____ - ____

COMPENSACION DE TRABAJADORES/RECLAMACION DE ACCIDENTE DE AUTO SI ____ NO ____

Compañía de Seguro: _____ Dirección de Seguro: _____

Numero de Reclamo: _____ Fecha de lesión: ____/____/____

Nombre de Ajustador: _____ Teléfono de Ajustador: () _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: PRIMARIA (Seguro valido es requerido para facturar)

Compañía de Seguro: _____ Numero de Grupo: _____

Garante de Póliza: _____ Relación al paciente: Si mismo Esposo/a Dependiente Otro

Empleador de asegurado: _____ Direccion: _____

SS# de asegurado: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Número de identificación de plan médico: _____ Fecha efectiva: ____/____/____

Deducible Anual: \$ _____ Copago: \$ _____ Ha cumplido el deducible para este año? SI NO

Clase De Plan: PPO EPO POS HMO Otro

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: SECUNDARIA (Seguro valido es requerido para facturar)

Compañía de Seguro: _____ Numero de Grupo: _____

Garante de Póliza: _____ Relación al paciente: Si mismo Esposo/a Dependiente Otro

Empleador de asegurado: _____ Direccion: _____

SS# de asegurado: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Número de identificación de plan médico: _____ Fecha efectiva: ____/____/____

Deducible Anual: \$ _____ Copago: \$ _____ Ha cumplido el deducible para este año? SI NO

Clase De Plan: PPO EPO POS HMO Otro



Reconocimiento de recibo de la Noticia de Practicas Privadas

Su nombre y su firma en esta hoja indica que ha recibido una copia de la Notificación de Practicas Privadas de American Medical Diagnostics, Ltd (AMDX)/ NeuroDiagnostic Labs, LLC (NDL) en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta en respecto a la información en la Notificación de Practicas Privadas de AMDX/NDL, por favor no dude en ponerse en contacto con un representante de clínica o el oficial de privacidad de pacientes de AMDX/NDL como lo indica su aviso.

Nombre de Paciente: _____

Si Representate de Paciente, Nombre: _____

Si Representate de paciente, Relación al paciente: _____

Firma: _____

Fecha que recibió Aviso: _____