



Datos de Información <i>(Por favor escribir claro)</i>			
Nombre del paciente: Apellido: Primario Secundario:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viudas <input type="checkbox"/> Divorciado	
Fecha de nacimiento:	Numero de seguro social:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
Dirección: Apt#		Ciudad:	Estado: Código postal:
Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Dirección de correo electrónico:		Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo	
Raza: <input type="checkbox"/> Rehúsan <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra: _____		Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispanos o <input type="checkbox"/> No Hispanos Lenguaje Preferido: _____	
Dr. de referido. (nombre completo) Numero de teléfono:		Dr. de cabecera. (nombre completo) Numero de teléfono:	
Ocupación:		Empleador:	
Contacto de emergencia y numero:		Relación:	
Nombre farmacia preferida y numero:		Consentimiento para recuperar historia de medicinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Como se entero acerca de nuestra practica?: <input type="checkbox"/> Internet/Medios <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Medico referencia <input type="checkbox"/> Otro: _____			
INFORMACION SOBRE EL SEGURO <i>(Por favor presente <u>todas las tarjetas de seguro e identificación con foto a la recepcionista</u>)</i>			
Seguro primario:		Miembro de número de identificación#:	
		Grupo ID #	
Nombre del suscriptor:		Relación:	
Seguridad Social de suscriptor #:		DOB:	
Seguro secundario:		Miembro de número de identificación#:	
		Grupo ID#	
Nombre del suscriptor:		Relación:	
Seguridad Social de suscriptor #:		DOB:	
Persona responsable			
Nombre:		Dirección:	Relación:
Seguridad Social #:			
Firmando aquí, testifico que la información anterior es verdadera y exacta a lo mayor de mi conocimiento.			
_____		_____	
Firma del paciente/ Tutor		Fecha	

Cuestionario medico		Nombre del paciente: _____		DOB: _____	
Historia social:					
Es usted un fumador actual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Has sido un fumador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Con qué frecuencia para hacer usted bebe? _____			
Utilizas actualmente alguna droga recreativa? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si, por cuanto tiempo ha estado usando? _____					
Medicamentos actuales: (por favor indique todos los medicamentos, incluyendo aquellos sin receta medica)					
Medicación:	Dosificación:	Medicación:	Dosificación:		
1.		6.			
2.		7.			
3.		8.			
4.		9.			
5.		10.			
Alergias: (Enumere)					
Drogas:	Síntomas de la reacción:	Medio ambiente:		Reacción:	
1.		Alergia al látex?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
2.		Yodo que contiene componentes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
3.		Tinte de IV?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
4.		Comida?			
5.		Otros:			
6.		Alergia de metal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Historia Adicional:					
<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Clostridium Difficile	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C		
<input type="checkbox"/> Infección por HIV	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Otros? _____		
Cirugías:					
1.				Año:	
2.				Año:	
3.				Año:	
4.				Año:	
5.				Año:	
Revisión de sistemas:					

General:

- Sensación de cansancio (fatiga)
- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Otros: _____

Cabeza/oído/nariz/garganta:

- Cambio reciente en el gusto
- Secreción nasal
- Ronquidos
- Problemas de visión
- Ronquidos
- Goteo pos nasal
- Ronquera
- Dificultad para deglutir
- Otros: _____

Respiratoria:

- Tos crónica
- Sibilancias
- Asma
- Bronquitis
- Congestión del pecho
- Opresión en el pecho
- Enfisema
- Dificultad para respirar
- Exposición de tuberculosis
- Apnea del sueño
- Otros: _____

Gastrointestinal:

- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Eructo
- Diarrea
- Flatulencia

Urológicos:

- Dolor al orinar
- Dolor en el flanco
- Incontinencia urinaria
- Insuficiencia Renal aguda crónica
- Sangre en la orina
- Impotencia
- Ganas frecuentes de orinar
- Otros: _____

Cardiovascular:

- Enfermedades cardiovasculares
- Insuficiencia cardiaco congestiva
- Venas varicosas
- Arritmia
- Enfermedad arterial coronaria
- Hipertensión
- Infrafracciona miocardio
- Enfermedad Vascolar periférica

Aparato locomotor:

- Debilidad muscular
 Dolor muscular
 Calambres musculares
 Osteoporosis
 Otros: _____

Psiquiátricos:

- Adicción a la
 Ansiedad
 Depresión
 Alucinaciones
 Manía
 Otros: _____

Sistema endocrino:

- Trastornos suprarrenales
 Insípidas de la diabetes
 Diabetes Mellitus tipo 1
 Diabetes Mellitus tipo 2
 Hipertiroidismo
 Hipotiroidismo
 Bocio
 Otros: _____

- Reflujo gastroesofágico
 Ardo de estomago
 Nauseas
 Sangrado rectal
 Vómitos
 Hipo
 Otros: _____

Dermatológicos:

- Celulitis
 Crecimientos de la piel
 Herpes Simple
 Lesiones
 Cáncer de piel
 Infecciones recurrentes
 Otros: _____

Hematológico:

- Anemia
 Problemas de coagulación
 Tiempo de sangrado prolongado
 Cicatrización lenta de heridas
 Trombosis venosa
 Trombosis arterial
 Otros: _____

Otros: _____

Neurológico:

- Convulsiones
 Alteración de la conciencia
 Perdida repentina de la conciencia
 Dolor crónico
 Dolores de cabeza/migrañas
 confusión
 Mareo
 Temblores
 Perdida de la memoria
 Cambio de estado mental
 Entumecimiento
 Debilidad muscular
 Sensaciones de hormigueo
 Otros: _____

Antecedentes familiares: por favor la casilla si hay antecedentes en su historial familiar.

Miembro	Padre	Madre	Lado paterno	Lado materno	Niños	Hermanos
Estado (<i>vivos, fallecidos, desconocido</i>)						
Y.O.B.						
Edad						
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hermanos:	Hermanos		Hermanas		Saludable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Niños:	Hijos		Hijas		Saludable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Notas:						

Impreso el nombre del paciente

Fecha

Nombre del paciente: _____ **DOB:** _____

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Es responsabilidad del paciente para mantener actualizada toda la información demográfica y seguros. Se espera que los pagos en el momento de la visita, así como deducibles, pagos de co-seguro o pago por los servicios no cubiertos.

Si referencia es necesaria para su visita, es la responsabilidad exclusiva de cada paciente a llegar con esa referencia.

Si no tienes la referencia necesaria a la hora de su cita, pago será debido al tiempo de servicio. Se aplicara una cuota de \$30.00 por cheques devueltos.

Autorizo a Virginia Heartburn y Hernia Instituto para solicitar los beneficios por los servicios prestados. Certifico que la información que he proporcionado con respecto a la cobertura del seguro es correcta. Además autorizo la información incluyendo información médica, por cualquier reclamo relacionado a mi compañía de seguros con el fin de determinar beneficios. Solicito que el pago de beneficios autorizados debe ser pagado a Virginia Heartburn y Hernia Instituto.

Entiendo que soy financieramente responsable por el pago total por los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos.

Estoy de acuerdo que todas las cuentas son debidas y pagables a Virginia Heartburn y Hernia Instituto. Entiendo que si mi cuenta en mora; El abogado a pagar honorarios o gastos de la colección de Virginia Heartburn y Hernia Instituto.

He leído mi responsabilidad y e proporcionado información veraz y correcta de seguro y demográfica. Inmediatamente nos notificara de cualquier cambio en mi compañía de seguro de salud, incluyendo Nuevo ID # nos.

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICA (HIPPA)

Al firmar este formulario usted reconoce recibir el aviso de privacidad para Virginia Heartburn y Hernia Instituto. Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos usar y divulgar su información protegida. Le animamos a leer en su totalidad.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consentimiento para el tratamiento en general. Autorizo a empleados para hacer evaluaciones médicas y el cuidado al paciente indicado a continuación.

Reconozco que conforme a la ley del estado de Virginia, usted ha dado su consentimiento a la prueba para la infección con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Hepatitis B, virus de la Hepatitis C. si cualquier empleado fue expuesto a sus fluidos corporales, los resultados de las pruebas de los exámenes serán cedidos a la persona expuesta.

E- prescripción consentimiento. El Medicare Modernización Acto (MMA) de 2003 figuran las normas que deben incluirse en un programa de e Prescribe. Al firmar este formulario de consentimiento, acepta que esta oficina puede solicitar e utilizar su historial de medicación de prescripción de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Información para el paciente. Autorizo la practica proporcionar _____ (nombre de impresión de la persona, relación) con información (incluyendo información medica y de facturación). Esta versión permanente active en su expediente médico electrónica y no se cancelara a menos que hay es autorización por escrito del paciente para hacerlo en archive.

INFORMACION DE CANCELACION DE CIRUGIA

Programación de su operación requiere de un esfuerzo coordinado de varios departamentos; comenzando con su médico y entre ellos el Hospital. Evaluación en el hospital por administrado, enfermería y personal de anestesia también es un periodo lento y costoso. También se debe obtener autorización de su compañía de seguros para su operación.

Cancelación de la cirugía abecés es inevitable debido a problemas médicos o conflictos importantes que no se puede evitar. Estas cancelaciones, sin embargo, pueden resultar en tiempo quirófano sin usar. Otros pacientes que podrían ser beneficiados de este tiempo, no pueden hacerlo al menos que el tiempo en el quirófano esté disponible.

Por lo tanto, un mínimo de **72 horas (3 días hábiles)** notificación se requiere para la cancelación de una cirugía. Si usted debe cancelar su cirugía, por favor llame la oficina 703-372-2280.

Falta de notificación de la cancelación en el tiempo resultara en un cargo de **\$500.00**. Este cargo será debitado de su cuenta.

** Las excepciones a esta información se ara solo para emergencias y conflictos fuera de su control.*

He leído esta información y entiendo que la cancelación de mi cirugía puede resultados en un cargo de **\$500.00**.

La duración de este permiso es indefinida y continua hasta revocada por escrito. Entiendo que al no al firmar este consentimiento, el paciente no se proporcionara atención medica excepto en el caso de una emergencia.

Nombre del paciente (letra de molde)

Fecha

Firma del paciente, padre o Tutor Legal

Fecha

Información de contacto si menor:

Dirección: _____

Teléfono: Guardián _____ Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

En caso de que nos comuniquemos con usted, es conveniente dejar un mensaje de la siguiente manera (marque todos que aplican)

___ al contestador ___ con un miembro adulto de la familia ___ exclusivamente con el paciente
Casa Celular u Otro