

## Información para el paciente

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

*Información del cónyuge*

Nombre: _____ Apellido	Nombre	Inicial	<i>Nombre del cónyuge:</i>
Dirección:			<i>Número de Seguro Social: - -</i>
Ciudad:		Código Postal:	<i>Fecha de nacimiento:</i>
Fecha de Nacimiento:		Teléfono #: ( ) -	<i>Empleador del cónyuge:</i>
Edad:		Cellular #: ( ) -	<i>Dirección del empleador:</i>
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Niño			<i>Teléfono del trabajo #: ( ) -</i>
Número de Seguro Social: - -			<i>Cellular #: ( ) -</i>
Empleador:			<i>Ocupación:</i>
Dirección del empleador:			<i>Persona para notificar en caso de emergencia (que no sea el cónyuge):</i>
Teléfono del trabajo #: ( ) -			
Ocupación:			<i>Relación:</i>
<b>Parte responsable (si no es paciente):</b>			<i>Dirección:</i>
			<i>Teléfono #: ( ) -</i>

## Información del seguro (se requieren copias de la(s) tarjeta(s))

<b>Seguro Primario</b>	<b>Seguro Secundario</b>
Compañía de seguros:	Compañía de seguros:
I.P.A./Grupo Médico:	I.P.A./Grupo Médico:
Nombre del asegurado:	Nombre del asegurado:
Número de identificación:	Número de identificación:
Número de grupo:	Número de grupo:

### Autorización de beneficios a médicos:

Por la presente, autorizo el pago directamente a West Coast Pulmonary Physicians, Inc. de los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios como se describe en el reclamo adjunto.

### Autorización para divulgar información:

Por la presente, autorizo a West Coast Pulmonary Physicians, Inc. a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firmado (asegurado)

\_\_\_\_\_  
Fecha (m/d/yyyy)

## Admisión/Historial Médico

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_ **Fecha de nacimiento (m/d/yyyy):** \_\_\_\_\_

*Bienvenido a nuestra oficina. Este cuestionario está destinado a ayudar a su médico a comprender mejor sus necesidades. Si hay alguna pregunta que no entienda, por favor háblelo con nosotros.*

**Nombre del médico que lo refirió aquí:** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico de cabecera:** \_\_\_\_\_

**Motivo de su visita:** \_\_\_\_\_

**Enfermedades médicas (por favor verifique)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma              | <input type="checkbox"/> Infarto                | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón                    |
| <input type="checkbox"/> COPD              | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides               |
| <input type="checkbox"/> Enfisema          | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular  | <input type="checkbox"/> Artritis                                |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis      | <input type="checkbox"/> Problema de colon      | <input type="checkbox"/> Diabetes                                |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del valle  | <input type="checkbox"/> Acedía/reflujo         | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                   |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño   | <input type="checkbox"/> Úlcera                 | <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en piernas o pulmones |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática    | <input type="checkbox"/> Epilepsia/incautación                   |
| <input type="checkbox"/> Infección sinusal | <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular               |

Other: \_\_\_\_\_

**Cirugías:** \_\_\_\_\_

**Alergias a los medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos (incluidos los medicamentos recetados y de venta libre)**

Nombre	Dosificación	Cuántas veces al día

**Vacunas**

Fecha de la última vacuna contra la influenza: \_\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna contra la neumonía: \_\_\_\_\_

Fecha del último PPD: \_\_\_\_\_ Positivo o negativo (elegir de la lista): \_

**Historia familiar**

	Problemas médicos	Edad al morir	Causa de muerte
Padre			



Madre			
Hermano(s)			
Hermana(s)			
Niño(s)			

¿Cualquier otro pariente consanguíneo con problemas pulmonares? \_\_\_\_\_

### Historia personal

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Servicio militar:  Sí  No En caso afirmación, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel más alto de la escuela completada: \_\_\_\_\_

Expuesto a:  Humo  Polvo  Productos químicos  Moho  Asbesto

Mascotas en casa, incluidas las aves: \_\_\_\_\_

Fumar:  Nunca fumó

Si fumaste o fumaste, cuántos años: \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo dejaste? \_\_\_\_\_

Cigarrillos ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

Cigarros ¿Cuántos por día? \_\_\_\_\_

Pipa

¿Qué tratamientos ha intentado para dejar de fumar? \_\_\_\_\_

Alcohol: ¿Bebe alcohol?  Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_

Onzas por día/semana: \_\_\_\_\_

Drogas: ¿Ha usado alguna droga?  Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo dejaste? \_\_\_\_\_

## Revisión de sistemas (por favor verifique)

### General

- Fiebre
- Escalofríos
- Sudores por la noche
- Fatiga

### Dormir

- Dificultad para conciliar el sueño
- Dificultad para permanecer dormido
- Ronquido
- Somnolencia diurna excesiva
- Apnea del sueño
- Apneas presenciadas

### Neurológico

- Cefaleas
- Convulsiones
- Debilidad
- Entumecimiento
- Depresión

### Piel

- Sarpullido
- Picazón
- Pérdida de cabello

### Ojos

- Cambio en la visión
- Dolor en los ojos
- Cataratas
- Glaucoma

### Orejas/Nariz/Boca

- Dificultades auditivas
- Nariz que moquea
- Problemas sinusales
- Pólipos en la nariz
- Llagas en la boca
- Problemas dentales
- Ronquera

### Hematológico

- Anemia
- Sangrado o moretones con facilidad

### Gastrointestinal

- Pérdida de peso recientemente
- Aumento de peso recientemente
- Pérdida de apetito
- Dolor de estómago
- Acedía
- Dificultad para tragar
- Vómito
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sangre en el movimiento intestinal
- Ictericia

### Pulmonar

- Sibilancia
- Toser
- Flema
- Flema sangrienta
- Voz ronca
- Dificultad para respirar

### Cardiaco

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Tobillos hinchados
- Despertarse sin aliento
- Desmayo

### Genitourinario

- Dolor al orinar
- Micción frecuente
- Sangre en la orina
- Cálculos renales
- Dificultad para comenzar a orinar
- Micción nocturna
- Problema de próstata

### Huesos/Articulaciones

- Articulaciones dolorosas o hinchadas
- Calambres musculares
- Artritis
- Gota
- Osteoporosis

## PÓLIZA FINANCIERA

Tenga la seguridad de que los médicos y el personal de esta práctica están dedicados a brindar atención médica de la más alta calidad a todos nuestros pacientes, en un ambiente de cuidado, confianza y respeto mutuo.

Su comprensión completa de sus responsabilidades financieras es esencial; se necesita un equipo que incluya la educación del paciente, para tener éxito con el procesamiento y reembolso del seguro. La falta de pago por parte de la compañía de seguros da como resultado que el saldo se transfiera al paciente para su pago. Le agradecemos de antemano por tomarse el tiempo para revisar estas políticas. Por favor, siéntase libre de discutir cualquier inquietud o pregunta que pueda tener con cualquiera de nuestro personal de facturación o nuestro Practice Manager. Aunque en última instancia es responsabilidad del paciente comprender los beneficios de su propio plan de salud, agradeceríamos la oportunidad de ayudarlo a comprender las complejidades del seguro de salud en la actualidad.

### Cosas para llevar con usted a su visita inicial:

- Tarjeta(s) de seguro de salud actual(es) - Si no tenemos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro actual(es), es posible que se le pida que pague por adelantado la visita o la re programe para un momento tal que tengamos prueba de su elegibilidad y cobertura.
- Identificación con foto: esto nos ayuda a verificar la identidad y proteger a los pacientes contra el robo / fraude de identidad médica.
- Método de pago: los copagos, deducibles y otros gastos de bolsillo aplicables vencen en el momento de los servicios. Si no tiene método de pago, su cita será reprogramada. Para su comodidad, aceptamos cheques, tarjetas de crédito, tarjetas de débito y efectivo.

### Pago en efectivo / tarifa por servicio:

Ofrecemos un descuento razonable para el pago en efectivo / tarifa por servicios para pacientes que no tienen cobertura de seguro de salud. Antes de su visita, se le proporcionará una estimación del costo de la visita y se le pedirá que pague en su totalidad en el momento de check-in el día de su cita. En el caso de que el médico lleve a cabo procedimientos / pruebas adicionales, se le pedirá que pague por estos en el momento de la salida.

### Copagos, deducibles y coseguros:

- Estamos obligados a cobrar el copago en el momento de su visita, incluso si está enfermo. Estamos obligados a hacerlo por su plan de seguro. El monto del copago está determinado por la póliza de seguro individual.
- Algunos planes de seguro requieren que los pacientes paguen una cantidad predeterminada en dólares antes de que se cubran los servicios. Si no se puede realizar la Verificación de Deductible, el pago del deducible completo se debe realizar en el momento del servicio.

### Responsabilidad del paciente:

- Es responsabilidad del paciente conocer y comprender los beneficios de su plan de seguro y qué servicios no cubrirá su plan, así como verificar la participación de la red de proveedores.
- Es responsabilidad del paciente proporcionar información de seguro actual y correcta, no hacerlo puede resultar en la incapacidad de cobrar de la compañía de seguros, y el saldo será responsabilidad financiera del paciente.

### Seguros:

Estamos contratados con múltiples aseguradoras para aceptar la asignación de beneficios. Facturaremos a aquellos planes con los que tenemos un acuerdo y solo le exigiremos que pague el copago autorizado, el coseguro y el deducible en el momento de los servicios.

**Fuera de la red:**

Si tiene cobertura de seguro bajo un plan con el que no tenemos contrato, esto se considera fuera de la red. Usted es responsable de saber si su plan tiene beneficios fuera de la red. Como cortesía, procesaremos sus reclamos. Se espera que pague cualquier deducible no satisfecho fuera de la red antes de su visita. Si su deducible fuera de la red excede nuestro cargo de la casa, se espera que pague nuestro precio en efectivo por la visita antes de recibir los servicios. Se espera que pague una cantidad pendiente después de que su plan adjudique su reclamo y hayamos aplicado el pago recibido por su visita, se espera que pague al recibir su estado de cuenta. Si no lo hace, puede resultar en una referencia de cobro.

**Medicare:**

Asegúrese de tener una comprensión completa de sus beneficios de Medicare y cuál podría ser su responsabilidad si no está cubierto por Medicare. Pedimos a los pacientes que firmen un ABN cada vez que parezca que Medicare puede negar el pago de un servicio específico. Medicare requiere que proporcionemos a los pacientes una notificación por escrito siempre que sea probable que usted sea responsable de la factura.

**Medi-Cal:**

La elegibilidad se verifica mes a mes. Asegúrese de llevar su tarjeta de Medi-Cal a cada visita. En el caso de que no traiga su tarjeta, es posible que su visita deba reprogramarse hasta el momento en que tengamos prueba de su elegibilidad y cobertura de Medi-Cal.

**Seguro HMO:**

Si está inscrito en un Plan HMO (incluidos los Planes Medi-Cal HMO como Clínicas Del Camino Real) se requiere una referencia de su médico primario. Es la responsabilidad del paciente verificar que haya una referencia antes de la visita.

**Saldos/Cobros Pendientes:**

- Para proporcionar servicios adicionales a los pacientes, se requerirá el pago total de los saldos pendientes totales.
- Haremos todo lo posible para trabajar con los pacientes con respecto a los saldos pendientes y organizar los planes de pago cuando sea apropiado. Es la responsabilidad del paciente solicitar asistencia si no puede pagar con prontitud. Los saldos impagos que tienen más de 90 días de antigüedad se remitirán a una agencia de cobro externa.

**Tarifas varias:**

- Si por alguna razón no puede asistir a una cita, notifique a nuestra oficina con 24 horas de anticipación. Habrá un cargo de \$25.00 si no se recibe un aviso de 24 horas.
- Hay una tarifa de \$25.00 por todos los cheques devueltos.

**Reembolsos:**

Los reembolsos se emiten a la parte correspondiente. Los reembolsos de pacientes no se procesarán hasta que todos los cargos activos o vencidos se paguen en su totalidad.

Al firmar a continuación, usted significa que ha leído y entendido las Políticas Financieras del West Coast Pulmonary & Sleep Disorders Center.

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha