

1st Care Family Medical

1635 W Glendale Ave, Phoenix AZ 85021 (P) 602-544-2273 (F) 602-544-3017

637 E Main Street, Mesa AZ 85203 (P) 480-272-8877 (F) 480-272-8998

Información del paciente:

Nombre: _____ Edad: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____

Farmacia: _____ Ubicación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SS# _____ - _____ - _____ Numero de Teléfono: Casa (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

Compañía de Seguro Médico: _____ o Cash ()

Como se entero de nuestra clínica, 1st Care Clinic?

Amigo/Familiar() Internet() Paginas Amarillas() Volante() Compañía de seguro() Anuncios()

Persona Responsable en Seguro Médico (Solo para menores):

Nombre: _____ Edad: _____ Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ - _____ - _____

Numero de Teléfono: Casa (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación con paciente: _____

Numero de Teléfono: Casa (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

ACUERDO DEL ACTO DE LA NOTA DE PRIVACIDAD

Yo, _____ he tenido la oportunidad de leer/revisar la Nota de Privacidad proveída por 1st Care Family Medical Clinic. La nota de privacidad estará disponible para mi en la oficina para mi reviso empezando el 14 de Abril del 2006 y estará disponible de ahí en adelante. Yo comprendo que si deseo obtener copia del acto de privacidad yo puedo pedir una copia al registrarme.

Póliza de Cancelación: Yo comprendo que cuando hago una cita, el doctor y sus empleados me están reservando un horario para mi cuidado. Yo estoy de acuerdo que tendré que pagar \$50 si pierdo mi cita o no doy aviso 24 horas antes de no poder atender a la cita reservada para mi cuidado. **Iniciales** _____

Firma: _____ Fecha: _____

Acuerdo Financiero:

Yo tomo total responsabilidad por todos los cargos incurridos, a pesar de cualquier posible cubrimiento de aseguranza, yo autorizo a 1st Care Medical Clinic obtener bajo mi autorización cualquier información de aseguranza medica cubierta por el "Acto de Privacidad" de la compañía de aseguranza(s). Yo autorizo el pago directo al doctor por los beneficios médicos, cirugías, y/o de accidente de auto yo estoy de acuerdo de pagar todos los cobros de colección, abogados y balances sobre mi atención médica. Cualquier balance de \$5.00 o menos no será mandado a colección pero seguirá en su cuenta hasta la siguiente visita- Si usted tiene aseguranza, como cortesía estamos con alegría mandaremos la cuenta a su aseguranza proveída por el paciente. Todos los pagos y deducibles que son parte de su cobro será necesario recogerlo al momento de visita. Si usted está pagando en efectivo, sin aseguranza, el cobro y pago será al inicio de la visita. Aceptamos efectivo, mayoría de tarjetas. No cheques.

Poder Legal/Testamento vital:

¿Tiene usted un poder legal o testamento por un abogado? **Si** _____ **No** _____

Si su respuesta es No, ¿lo necesita? : **Si** _____ **No** _____

Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____

Alergias (Por favor explique la reacción y gravedad)

- Codeína _____
- Penicilina _____
- Aspirina _____
- Isodine _____
- Novocaína _____

Marque todas las Condiciones Medicas

- Problemas del Corazón
- Cáncer _____
- Enfermedad Renal _____
- Trastorno Hemorrágico
- Enfermedad Pulmonar _____
- Problemas Circulatorios
- Varices
- VIH/SIDA
- Artritis Reumatoide
- Dolor de Espalda
- Juanete o Inflamación en dedos de los pies
- Ansiedad
- Hemofilia
- Depresión
- Diabetes
- Perdida de Peso Inexplicable
- Neuropatía periférica

Mencione los doctores que ha visto para sus problemas médicos:

Mencione todos los tratamientos recibidos en el último año:

Mencione previas cirugías, incluyendo fechas:

Mencione fechas si ha estado internado en hospital recientemente:

Familia Inmediata, Condiciones Médicas:

Medicamentos que toma actualmente:

Adhesivos, tape

Solfa _____

Morfina _____

Ace Inhibitors _____

NO KNOWN ALLERGIES

Otro: _____

Hepatitis A, B o C

Flebitis (Vena Inflamada)

Desmayo

Hipertensión / Taquicardia

Dependencia de Drogas

Baja Presión

Inflamación en cualquier parte del cuerpo

Lupus

Acidez estomacal

Fiebre Reumática

Diarrea

Ataque cerebral

Dolor de cabeza

Ulceras

Estreñimiento

Other:

Mujeres

¿Está usted Embarazada? Si: _____ No: _____

Ultima Menstruación? _____

¿Número de Embarazos? _____

¿Número de partos? _____

Historia Social

¿Usted Fuma tabaco? Si: _____ No: _____

#Cigarros al día _____ #Años Fumando _____

¿Ha fumado antes? Si: _____ No: _____

#Cigarros al día _____ #Años desde renuncio _____

Consumo de alcohol? Si: _____ No: _____

Ocasionalmente: _____ Moderado: _____

Severamente: _____

Consentimiento para procedimientos:

Yo por este medio concedo a 1st Care Family Medical y sus asistentes realizar procedimientos generales y de rutina. Tengo el conocimiento de que puedo rechazar en cualquier momento y cualquier tratamiento durante su curso.

Firma Paciente o Tutor:

Fecha: _____