

Registro del Paciente

Patient Information / Informacion del Paciente							
Last Name / Apellido			First Name / Nombre			Inicial	Fecha de Nacimiento
Address / Domicilio			City / Ciudad			Estado	Codigo Postal
Telefono Primario✓		☐ # de Casa		☐ # de Trabajo		☐ # de Cellular	
Sexo ☐ M ☐ F		SSN / # de Seguro Social		Language / Idioma		Licencia de Conducir	
Estado Civil ☐ Casado (a) ☐ Soltero (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Juntado (a)		Contacto Preferido ☐ Correo ☐ Telefono de Casa / Home ☐ Cellular ☐ Portal (My Chart)		Etnicidad ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano ☐ Otro		Raza ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiatico ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano Nativo /Otro isleño pacífico ☐ Caucasico ☐ Otro	
Email / Correo Electronico			PCP / Doctor de Cabecera			Referring By / Referido Por	
Responsible (Guarantor) / Garante Responsable				☐ Same as Patient / Igual que Paciente			
Last Name / Apellido			First Name / Nombre			Inicial	Fecha de Nacimiento
Address / Domicilio			City / Ciudad			Estado	Codigo Postal
Telefono Primario✓		☐ # de Casa		☐ # de Trabajo		☐ # de Cellular	
Relationship / Relacion		SSN / # de Seguro Social		Language / Idioma		Licencia de Conducir	
Emergency Contact / Contacto de Emergencia							
Last Name / Apellido			First Name / Nombre			Inicial	Fecha de Nacimiento
Address / Domicilio			City / Ciudad			Estado	Codigo Postal
Telefono Primario✓		☐ # de Casa		☐ # de Trabajo		☐ # de Cellular	
Por el presente documento, doy mi consentimiento y autorizo todos los tratamientos, cirugías y servicios médicos que el médico y el personal de Quy V. Le, MD, Inc consideren convenientes para mí o el menor mencionado anteriormente de quien soy el padre o tutor legal . Por la presente certifico que, a mi entender, todas las declaraciones contenidas en este documento son ciertas. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por servicios médicos para mí y para mis dependientes, independientemente de la cobertura del seguro. Además, acepto pagar intereses legales, gastos de cobro y honorarios de abogados incurridos para cobrar cualquier monto que pueda adeudar. Soy consciente de que habrá un cargo de \$ 25 por cualquier pago devuelto. También autorizo la divulgación de mi información médica para el proceso de beneficios de seguro para cualquier servicio médico o quirúrgico prestado.							
_____ Firma del Paciente / Persona Responsable				_____ Fecha			



Patient Medical History

Historial Medico del Paciente

Patient Name Nombre del Paciente _____ DOB Fecha de Nacimiento _____

Pharmacy Information / Informacion de la farmacia			
Preferred Pharmacy / Farmacia Preferida			
Name Nombre Farmacia			
Address Direccion			
Phone Telefono		Fax Fax	
Medications – List all medications you take, prescription and non-prescription and the dosage Medicamentos – Enumere todos los medicamentos que toma, con receta y sin receta y la dosis.			
☐ I do not take any medications / No tomo medicamentos			
Medication Name / Nombre de Medicamento		Dosage / Dosis	
Medication and Food Allergies – List all known allergies (drugs, food, animals, etc.) Medicamentos y Alergias alimentarias – Listar todas las alergias conocidas (drogas, comidas, animales, etc.)			
☐ No Known Allergies / No tengo alergias			
Medical History / Historia Medica – Compruebe si alguna vez ha experimentado la siguiente condicion.			☐ Ninguno
☐ Abdominal Pain – Dolor Abdominal	☐ Hepatitis A/B/C – Hepatitis A/B/C		
☐ Anemia	☐ HIV / AIDS		
☐ Anxiety – Ansiedad	☐ Hyperlipidemia - Hiperlipidemia		
☐ Arthritis – Artritis	☐ Hypertension - Hipertension		
☐ Asthma – Asma	☐ Incontinence - Incontinencia		
☐ Blood Clots – Coagulo de sangre	☐ Irritable Bowel Disease – Enfermedad del intestine irritable		
☐ Coronary Artery (CAD) – Enfermedad de la arteria coronaria	☐ Kidney Stones – Calculos renales		
☐ Cancer – Tipo:	☐ Liver Disease – Enfermedad del hígado		
☐ Chest Pain – Dolor de pecho	☐ Myocardial Infarction – Infarto de miocardio		
☐ COPD (Emphysema) - Enfisema	☐ Pancreatitis		
☐ Crohn's Disease – Enfermedad de Crohn	☐ Nerve/Muscle Disease – enfermedad nerviosa / muscular		
☐ Depression - Depresion	☐ Osteoporosis		
☐ Diabetes	☐ Peptic Ulcer Disease – Enfermedad de ulcera peptica		
☐ Diverticulitis	☐ Prostate Disease – Enfermedad de la prostata		
☐ Gallbladder Disease – Enfermedad de la vesicula	☐ Renal/Kidney Disease – Enfermedad Renal		
☐ GERD (Reflux) – Reflujo	☐ Seizure - Convulsiones		
☐ Headaches / Migraine - Migraña	☐ Thyroid Disease – Enfermedad de tiroides		
☐ Heart Disease – Enfermedad del corazon	☐ Other – Otro		
☐ Hemorrhoids – Hemorroides	☐ Other – Otro		

Surgical History – Check if you have received the following procedures.

Historia quirúrgica– Compruebe si ha recibido los siguientes procedimientos.

Surgical Procedure / Procedimiento Quirúrgica	
☐ Angioplasty - Angioplastia	☐ Hernia Repair – Reparacion de hernia
☐ Appendectomy - Apendectomia	☐ Liver Biopsy – Biopsia hepatica
☐ Cholecystectomy - Colectistectomia	☐ Pacemaker - Marcapasos
☐ Colectomy - Colectomia	☐ Small Bowel Resection – Reseccion del intestine chico
☐ Colostomy - Colostomia	☐ Thyroidectomy - Tiroidectomia
☐ Heart Bypass – Bypass de corazon	☐ Other – Otro:
Male ONLY / SOLO Hombres	Female ONLY / SOLO Mujeres
☐ Prostate Biopsy – Bipsia de prostata	☐ Beast Biopsy or Surgery – Biopsia de cenos / Mastectomia
☐ Vasectomy - Vasectomia	☐ Hysterectomy - Histerectomia
☐ Other – Otro _____	☐ Other – Otro _____

Family History – Fill in any family member(s) with the following conditions.

Historia Familiar – Complete cualquier miembro de la familia con las siguientes condiciones.

☐ **Adopted / Adoptado**

Diagnosis / Diagnostico	
☐ Alcoholism - Alcoholismo	
☐ Allergies - Alergias	
☐ Asthma – Asma	
☐ Blood Disease – Enfermedad de sangre	
☐ Cancer – Tipo:	
☐ Diabetes	
☐ Heart Condition – Problemas cardiacos	
☐ Hyperlipidemia - Hiperlipidemia	
☐ Hypertension - Hipertension	
☐ Stroke – Ataque al corazon	
☐ Other – Otro	

Social History – For Adult Patient / Historia Social – Para adultos

Occupation Ocupacion	Employer Empleador
How often? / Con que frecuencia?	What type? / Que tipo?
Tobacco ☐ Si ☐ No Tabaco	☐ Chewing ☐ Cigar ☐ Pipe ☐ Cigarette ☐ Smokeless ☐ Masticacion ☐ Cigarro ☐ Pipa ☐ Cigarrillo ☐ Sin humo
Alcohol ☐ Si ☐ No Alcohol	☐ Beer ☐ Liquor ☐ Wine ☐ Other ☐ Cerveza ☐ Liquor ☐ Vino ☐ Otro
Substance Usage ☐ Si ☐ No Abuso de sustancias	☐ Cocaine ☐ Heroin ☐ Marijuana ☐ Opium ☐ Other ☐ Cocaína ☐ Héroe ☐ Marijuana ☐ Opio ☐ Otro



Asignación de Beneficios de Seguro / Certificación de Elegibilidad

PLAN DE SEGURO PRIMARIO		
Plan de Seguro	# de Grupo	# de Poliza
☐ Medicare ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ HMO (Por favor ingrese el nombre del grupo medico)		
Nombre del Subscriptor	Fecha de Nacimiento del Subscriptor	Relacion con el Paciente
SEGURO SECUNDARIO DEL PACIENTE		
Plan de Seguro	# de Grupo	# de Poliza
☐ Medicare ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ HMO (Por favor ingrese el nombre del grupo medico)		
Nombre del Subscriptor	Fecha de Nacimiento del Subscriptor	Relacion con el Paciente
____ (inicial) Por la presente autorizo y solicito que el pago de mis beneficios de seguro se pague directamente a Quy V. Le, MD, Inc. por cualquier servicio médico o quirúrgico prestado. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social, a la Administración de Financiación de la Atención Médica, a sus agentes o transportistas, oa la compañía de seguros, cualquier información necesaria para este o un reclamo de seguro relacionado para determinar estos beneficios o los beneficios Pagar por servicios relacionados. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos independientemente de los beneficios del seguro. También soy responsable de los gastos de cobro, legales o de cualquier otro tipo, en caso de que sea necesario en mi cuenta debido a la falta de pago. Soy consciente de que habrá un cargo de \$ 25 por cualquier pago devuelto.		
ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT / ACUSE DE RECIBO		
Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento para el uso y divulgación de información de salud personal		
____ (inicial) Su nombre y firma en este formulario indican que ha recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de nuestra oficina o que se le facilitó recibirla.		
____ (inicial) Su firma a continuación indica su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica personal por parte de nuestra oficina para el tratamiento, la facturación, el pago y las operaciones de atención médica según se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.		
____ (inicial) Si tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en este Aviso de prácticas de privacidad, hable con uno de nuestro personal o comuníquese con nuestra oficina al (714) 200-1499.		
_____ Signo de reconocimiento		
Firma del Paciente/ Persona Responsable		Fecha
Nombre del Paciente/Persona Responsable		Relacion con el Paciente



Forma de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindar atención y servicio de calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le solicitamos que lea y acepte antes de cualquier tratamiento.

- Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Las tarifas se pagan cuando se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros aprobados previamente para los cuales somos un proveedor contratado.
- Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluso si somos un proveedor contratado con su compañía de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusión en su póliza de seguro, y los requisitos de autorización previa de su compañía de seguros.
- Intentaremos confirmar su cobertura de seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actual y precisa, incluidas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si no proporciona esta información, será financieramente responsable.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, le facturaremos primero a su compañía de seguros, menos los copagos o deducibles, y luego le facturaremos cualquier cantidad que se determine que es su responsabilidad. Este proceso generalmente toma de 45 a 60 días desde el momento en que la compañía de seguros recibe el reclamo.
- Si no contratamos a su compañía de seguros, se espera que usted pague por todos los servicios prestados al final de su visita. Le proporcionaremos una declaración que puede enviar a su compañía de seguros para su reembolso.
- Se requiere comprobante de pago e identificación con foto para todos los pacientes. Le pediremos que haga una copia de su identificación y tarjeta de seguro para nuestros registros. El proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que su cobertura sea efectiva o que su compañía de seguros cubra los servicios prestados.
- Comprenda que algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos de coseguro, copagos más altos y beneficios anuales limitados. Si recibe servicios que son parte de un beneficio fuera de la red, su parte de responsabilidad financiera puede ser más alta que la tarifa dentro de la red.

He leído las políticas financieras contenidas anteriormente, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de una comprensión clara de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compañía de seguros niega la cobertura y / o el pago de los servicios que recibí, asumo la responsabilidad financiera y pagaré todos los cargos en su totalidad.

Firma del Paciente /Persona Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/Persona Responsable

Relacion con el Paciente