



Bienvenidos a nuestra oficina! Por favor ayudenos proporcionando la siguiente informacion:

Numero de Cuenta: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____

Domicilio: _____

Telefono Movil: _____ Casado/a: __ Si __ No Idioma preferido: _____

Correo Electronico: _____

Servicio Militar: __ Si __ NO En caso que SI, proporcione su numero de Seguro Social: _____

.....

Informacion de Contacto en caso de Emergencia

Nombre del Contacto: _____ Telefono Movil: _____ Relacion al Paciente: _____

.....

Informacion de Seguro

Nombre del Seguro Primario: _____ Numero de Telefono: _____

Domicilio: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____ Co-Pago: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relacion del Suscriptor al Paciente: _____

Nombre del Seguro Secundario: _____ Numero de Telefono: _____

Domicilio: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____ Co-Pago: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relacion del Suscriptor al Paciente: _____

Asignacion Y Liberacion:

Por la presente asigno los beneficios de mis Seguro para que se paguen directamente a Centennial Medical Group, Inc. Esta oficina puede facturar a mi compania de seguros segun se necesario. Soy financieramente responsable por los servicios no cubiertos. Como Paciente o Tutor legal de un Paciente menor de edad, acepto pagar todos los servicios prestados. Autorizo al medico a divulgar cualquier informacion necesaria para procesar esta solicitud. Todos los Co-pagos, deducibles, y parte de costos deben pagarse en el moment de los servicios prestados.

- Si no puede recibir estados de cuenta por correo electronico, marque aqui para solicitar un estado de cuenta impreso.

(Firma del Paciente o Representante Legal)

Fecha

Historia de la Salud para Pacientes Nuevos

Por Favor responda completamente todas las preguntas para que podamos brindarle la mayor atencion medica. Gracias!

Razon principal de la visita de hoy: _____

Otras Preocupaciones: _____

Donde estaba recibiendo su cuidado antes: _____

REVISION DE SINTOMAS: Por Favor marque la casilla o circule cualquier sintoma persistente que haya tenido en los ultimos meses. Marque No problemas si no tiene ninguno de los sintomas enumerados en cada seccion. Enumere otras preocupaciones arriba.

General	Genitourinario	Psiquiatrico
<input type="checkbox"/> Perdida/ganancia de peso inexplicable	<input type="checkbox"/> Goteo de Orina	<input type="checkbox"/> Ansiedad/Estres/Irritabilidad
<input type="checkbox"/> Fatiga/debilidad inexplicable	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Problema de Sueno
<input type="checkbox"/> Quedar dormido durante el dia cuando esta sentado	<input type="checkbox"/> Orina nocturnal o aumento de frecuencia	<input type="checkbox"/> Falta de Concentracion
<input type="checkbox"/> Fiebre o Escalofrios	<input type="checkbox"/> Secrecion del pene o vagina	<input type="checkbox"/> No hay problemas
<input type="checkbox"/> No hay problemas	<input type="checkbox"/> Preocupacion por la function sexual	
Ojos	<input type="checkbox"/> No hay problemas	Hematologico/Linfatico
<input type="checkbox"/> Cambio en la vision/dolor ocular/enrojecimiento		<input type="checkbox"/> Glandulas Inflamadas
<input type="checkbox"/> No hay problemas	Senos	<input type="checkbox"/> Moretones con Facilidad
	<input type="checkbox"/> Bulto mamario/dolor/secrecion del pezon	<input type="checkbox"/> No hay problemas
Orejas/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/> No hay problemas	
<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales, dificultad para tragar		Endocrinologo
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente, Ronquera en la garganta	Piel	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o frio
<input type="checkbox"/> Perdida de audicion/zumbido en los oidos	<input type="checkbox"/> Nuevo o Cambio de un topo	<input type="checkbox"/> Cambio repentino de peso
<input type="checkbox"/> No hay problemas	<input type="checkbox"/> Sarpullido/Picazon	<input type="checkbox"/> No hay problemas
	<input type="checkbox"/> No hay problemas	
Respiratoria		Enfermedad Infecciosa
<input type="checkbox"/> Tos o Silbido	Musculoesqueletico	<input type="checkbox"/> COVID-19
<input type="checkbox"/> Ronquidos Fuertes/ respiracion alterada durante el sueno	<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar con el esfuerzo	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> No hay problemas	<input type="checkbox"/> Dolor muscular/articular Donde?: _____	<input type="checkbox"/> No hay problemas
	<input type="checkbox"/> No hay problemas	
Cardiovascular		Alergias/Inmunidad
<input type="checkbox"/> Dolor/malestar en el pecho	Neurologico	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno/Alergias
<input type="checkbox"/> Palpitaciones Irregulares	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes
<input type="checkbox"/> No hay problemas	<input type="checkbox"/> Perdida de Memoria	<input type="checkbox"/> No hay problemas
	<input type="checkbox"/> Desmayos	
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Mareos	Solo Para Mujeres
<input type="checkbox"/> Acidez/Reflujo/Indigestion	<input type="checkbox"/> Hormigueo/Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Sintomas Premenstruales
<input type="checkbox"/> Sangre o cambio en el movimiento intestinal	<input type="checkbox"/> Paso inestable	<input type="checkbox"/> Problema con los periodos Menstruales
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Caidas frecuentes	<input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos/Sofocos
<input type="checkbox"/> No hay problemas	<input type="checkbox"/> No hay problemas	<input type="checkbox"/> No hay problemas



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

INMUNIZACIONES/VACUNAS: Marque las vacunas que ha tenido. Agregar año, si lo sabe.

Marque la casilla si no conoce la informacion.

Tetanos (Td): _____ Con tos ferina (Tdap): _____ Varicela: _____ Herpes: _____

HPV: _____ Pneumovax (Neumonia): _____ Influenza: _____ Hepatitis A: _____

Hepatitis B: _____ MMR (Sarampion, Paperas, Rubeola): _____ Meningitis: _____

Medicamento	Dosis	Veces al Dia

Medicamento	Dosis	Veces al Dia

Antecedentes medicos personales: Indique si ha tenido alguno de los siguientes problemas medicos (con fecha aproximada de enfermedad o diagnostico):

<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou Anormal <input type="checkbox"/> Cancer (malignidad) <input type="checkbox"/> Coagulacion (Hemorragia) <input type="checkbox"/> Cardiopatia Congenita Especificar Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Depresion/Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea <input type="checkbox"/> Ultima vacuna contra el Tetanos (Fecha) _____ <input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio (Ataque al Corazon) <input type="checkbox"/> Si alguna vez ha tenido una transfusion de sangre Especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides (Tipo): _____ <input type="checkbox"/> Otro Problemas: _____
--	---

Historial Quirurgica: Por Favor apunte todas las operaciones anteriores y fechas.

Operacion	Fecha

Operacion	Fecha

Alergias o Reacciones a Medicamentos:

Medicamento	Reaccion o Efecto Secundario



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR: Favor de indicar con una (X) a lado del familiar que haya tenido alguna de las siguientes condiciones:

Condicion Medica	Mama	Papa	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Otros Familiares
Anemia							
Problema de Anestesia							
Asma							
Hemorragias Sanguineas							
Cancer							
Diabetes							
Enfermedades Geneticas							
Fiebre del Heno							
Ataque al Corazon							
Alta Presion							
Alta Colesterol							
Enfermedad del Rinon							
Infarto Miacordial							
Problemas de Tiroides							
Tuberculosis							

OTHER HEALTH ISSUES:

Consumo de tabaco

Fumar cigarillos: Nunca No Si

(Si nunca fumo, vaya a la pregunta sobre consume de alcohol ahora)

Fecha que dejo de Fumar: _____ Cuantos anos fumaste? _____ Cuantos paquetes fumaba al dia? _____

Actual Fumados: Paquetes al dia: _____ # de Anos: _____ Otro Tabaco: Pipa Masticar Tabaco en polvo

Consumo de Alcohol

Bebes Alcohol? No Si

de tragos/semana: _____ Cerveza Vino Licor

Consumo de Drogas

Usas Marijuana o Drogas recreativas? No Si

Alguna vez has usado agujas para inyectarte Drogas? No Si

Certifico que he leído y entiendo la información anterior. Hasta donde yo se, las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

(Firma del Paciente o Representante Legal)

Fecha



AUTORIZACION PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Informacion a revelar

Autorizo la divulgacion de la siguiente informacion de salud (marque una casilla):

- Toda mi informacion de salud que el proveedor tenga en su poder incluida la informacion relacionada con cualquier historial medico, condicion mental o fisica y cualquier tratamiento recibido por mi.
- Solo los siguientes registros o tipos de informacion de salud:

Autorizacion para uso/divulgacion de informacion

Doy mi consentimiento voluntario para autorizar a Centennial Medical Group, Inc. a usar o divulgar mi informacion de salud durante el plazo de esta autorizacion al destinatario que he identificado a continuacion:

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Domicilio: _____ Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Domicilio: _____ Relacion al Paciente: _____

Autorizo la divulgacion de mi informacion de salud para el siguiente proposito especifico:

Terminos

Entiendo que esta autorizacion permanecera vigente (marque una casilla):

- Desde la fecha de esta autorizacion hasta el dia ____ de _____, 20____.
- Hasta que el proveedor cumpla con esta solicitud.
- Hasta que ocurra el siguiente evento: _____

Declaraciones de Autorizacion

1. Entiendo que una vez que se divulga la informacion anterior, el destinatario puede Volver a divulgarla y la regla de Privacidad de HIPAA ya no proteja la informacion.
2. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorizacion en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorizacion, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocacion por escrito a un miembro del personal autorizado de la oficina. Entiendo que la revocacion no se aplicara a la informacion que ya se haya divulgado en respuesta esta autorizacion.
3. Entiendo que la oficina no condicionara la provision de tratamiento o pago a la provision de esta autorizacion.

(Nombre y Apellido del Paciente/Representante legal en letra de Imprenta)

Titulo (Paciente, Tutor Legal, Representante)

(Firma del Paciente o Representante Legal)

Fecha



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Nombre Y Apellido del Paciente)

DIVULGACIONES Y RESTRICCIONES DE PRIVACIDAD DE HIPAA	
Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda)	
Telefono Movil: _____ <input type="checkbox"/> Ok para dejar mensaje <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con numero de devolucion solamente <input type="checkbox"/> No dejen mensaje <input type="checkbox"/> No llamadas	Telefono Alternativo: _____ <input type="checkbox"/> Ok para dejar mensaje <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con numero de devolucion solamente <input type="checkbox"/> No dejen mensaje <input type="checkbox"/> No llamadas
Comunicacion Escrita: <input type="checkbox"/> Ok para enviar por correo a mi domicilio <input type="checkbox"/> No enviar por correo a mi domicilio	Correo Electronico: _____ <input type="checkbox"/> Ok para enviar por correo electronico <input type="checkbox"/> No enviar por correo electronico

DOCUMENTACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD
Me han presentado una copia del aviso de practicas de privacidad, que detalla como se puede usar y divulgar mi informacion de salud segun lo permitido por las leyes federales y estatales, y describe mis derechos con respect a mi informacion de salud.

(Firma del Paciente o Representante Legal)

Fecha



POLITICA DE CITA PERDIDA

Nos alegra que nos haya elegido para proporcionar su atencion medica. Si falta a su cita, esta comprometiendo su atencion medica y prohíbe que otros pacientes reciban atencion durante el tiempo reservado para usted. Como resultado, hay una tarifa de no presentarse a su cita o cancelar con al menos 24 horas de anticipacion del dia laboral.

Por todas las citas perdidas, se le cobraran las siguientes tarifas:

Cargo por visitas al consultorio: \$25.00

Cargo por procedimiento o tratamiento: \$50.00

He leído y entiendo la politica de tarifas de citas perdidas y acepto los terminos.

(Firma del Paciente o Representante Legal)

Fecha

Variedad de Cargos

Centennial Medical Group, Inc. cobra una tarifa por completar cualquier formulario que requiera informacion medica o la firma de un medico.

Formas Cortas \$10.00

- Fisicos Deportivos
- Fisicos Pre-Escolar
- Prueba Cutanea de Tuberculosis

Formas Largas \$20.00

- Discapacidad
- DMV/AFLAC
- Fisicos de Kinder
- FMLA